ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Membre de l'Académie de médecine,

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage. Correspondant de l'Académie de médecine.

BROCQ

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Paculté de médeoine. Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis. Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME L. JULLIEN, H. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÉRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D' HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. - Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VI

Nº 5. - Mai 1895

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

7. IBRAINE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECIN7 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCV

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Les auteurs des Mémoires originaux insérés dans les Annales reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le D* FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

BOUGIES porte-remèdes Reynal pour les affections de l'urêthre.

CRAYONS » Revnal) de l'utérus.

TAMPONS » Reynal » du vagin et annexes.

SUPPOSITOIRES Reynal) du rectum, de la prostate et de la vessie.

PANSEMENTS à la glycérine solidifiée et stérilisés, portant toute la dose des médicaments à leur surface, inventés en 1843 par M. REYNAL pour traiter les Maladies des organes génito-urinaires des deux sexes.

Médailles : Or, Paris 1875 — Bronze, Exposition universelle, Paris 1878.

Les seuls pansements à la glycérine solidifiée admis à l'Exposition Universelle Paris 1889.

Les Porte-Remèdes Reynal sont parfaitement appropriés à la forme, à la structure, à la capacité et à la délicatesse des organes auxquels ils sont destinés, et dont ils isolent les parois toute la nuit, si on les place le soir. — La glycérine qu'ils contiennent décongestionne les muqueuses et calme l'inflammation. — Ils permettent d'appliquer facilement tous les médicaments solides et liquides : cocaïne, sulfate et chlorure de zinc, iodoforme, tannin, extrait de seigle ergoté, sublimé, etc., etc., et les maintiennent en contact avec le mal, pendant plusieurs heures, et sans la moindre complication.

Les Bougies et les Crayons Reynal s'opposent à la formation et au développement des Rétrécissements.

Les Tampons et les Suppositoires Reynal portent les médicaments dans les replis et culs-de-sac des muqueuses vaginales et rectales.

Pour éviter les contrefaçons des soi-disants inventeurs des pansements à la glycérine solidifiée, écrivez sur les ordonnances et exigez sur les boîtes le nom du véritable inventeur REYNAL.

Dépôt : MORIDE et Cie, 2, rue de la Tacherie (près l'Ilôtel de Ville), PARIS

Vessie.

te la

78.

ture, at ils ment quer e de nent

nent

plis

la du



TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE DE LA VERRUE PLANTAIRE

Par W. Dubreuilh.

I

La verrue plantaire n'est signalée ni dans les traités de chirurgie, ni dans les traités de dermatologie, elle est cependant loin d'être rare et ne passe guère inaperçue des malades.

Parmi les auteurs récents que j'ai consultés je ne l'ai trouvée mentionnée que par Blum (1), et encore d'une façon très succincte. En revanche, j'en ai trouvé une observation typique dans une thèse de 1857, j'en ai vu quelques cas et un pédicure de Bordeaux, M. Bargues, a bien voulu me communiquer les faits qu'il a observés.

L'observation de Gorju (2) est relative à un homme de 28 ans qui en marchant sur des boulets de canon se fit une contusion au pied. Depuis ce moment il éprouva une douleur persistante an niveau de la tête du troisième métatarsien. Au bout de deux mois il fut obligé d'interrompre son travail et il remarqua au point douloureux un durillon. Ce durillon augmentant constamment de volume, il le coupa avec un rasoir et il aperçut alors plusieurs petits points par lesquels il suintait du sang. Six mois après le début, en mai 1848, on trouvait sous la tête du troisième métatarsien un espace grand comme une pièce de 25 centimes assez transparent, jaunâtre, formant une petite saillie, comme chagrinée à sa surface. La douleur est lancinante, elle augmente avec les changements de température, et surtout lors du plus léger contact. La lésion extirpée en totalité au bistouri fut soumise à l'examen de Lebert. Elle était constituée par une tumeur du volume d'une petite fève et sur une section verticale ou trouvait deux couches. L'une jaune de corne, demi-transparente, dure, épaisse de 2 millimètres; l'autre épaisse de 5 millimètres, d'un blanc mat laiteux, molle, élastique. La face supérieure est ondulée, irrégulière, on y distingue à la loupe de petites colonnes verticales alignées les unes à côté des autres comme des palissades. Cette tumeur est donc consti-

⁽¹⁾ BLUM. Chirurgie du pied. Paris, 1888, p. 313 et 316.

⁽²⁾ GORJU. Observations des maladies de la peau de la plante. Thèse de Paris, 1857.

tuée par une hypertrophie locale et circonscrite de la couche papillaire de la peau avec augmentation de la couche épidermique.

Les traumatismes locaux paraissent jouer un rôle important dans le développement de la verrue plantaire. Dans l'observation de Gorju nous voyons que le point de départ semble avoir été une contusion. M. Bargues incrimine les clous des chaussures, les semelles trop minces qui ne protègent pas suffisamment la plante contre les inégalités du sol, les bosses des semelles usées, les coutures trop grossières des bas ou chaussettes. En revanche, ni moi ni M. Bargues n'avons observé la coïncidence des verrues plantaires et des verrues des mains.

La localisation même des verrues confirme le rôle du traumatisme. Elles siègent surtout dans la tête du troisième métatarsien, là où il est presque habituel de trouver un durillon plus ou moins développé, souvent aussi sous la tête du premier ou du cinquième métatarsien, enfin sous le talon. Un de mes malades avait une verrue sous la tête du premier et du cinquième métatarsien de chaque pied et une sous le talon gauche. Il est à remarquer que ce sont là les points d'appui de la voûte du pied et que cependant si les durillons y sont fréquents, les cors proprement dits y sont beaucoup plus rares que sur les orteils. Du reste, aucune région n'est absolument indemne et l'on peut observer des verrues à la face plantaire des orteils ou à leur extrémité sous le bord libre de l'ongle.

Les verrues plantaires sont en général isolées ou peu nombreuses cependant M. Bargues m'a cité le cas d'une jeune femme dont les pieds étaient littéralement criblés de verrues rendant la marche presque impossible.

Quand la verrue plantaire est récente elle se présente sous la forme d'une saillie lenticulaire un peu rougeâtre, recouverte d'un épiderme aminci. Dès qu'on a enlevé ce revêtement, on voit sourdre le sang par une foule d'orifices.

Le plus souvent la lésion présente à première vue l'aspect d'un large durillon anormalement douloureux. Sur une surface de 1 à 3 centimètres de diamètre on voit la couche cornée de l'épiderme épaissie, stratifiée, faire une légère saillie; quelquefois la partie centrale de cette plaque cornée est perforée d'une sorte de puits plus ou moins profond, surtout s'il a été fait des tentatives d'abrasion. Mais si la lésion a été depuis longtemps abandonnée à elle-même, la couche cornée superficielle couvre tout.

Si l'on abrase la surface avec un bistouri, on trouve à la périphérie de la lésion une couche cornée dure, demi-transparente, de couleur ambrée, tout à fait semblable à l'épiderme corné normal ou à celui qui constitue les durillons ou les cors. Mais, au lieu de s'enfoncer dans la profondeur sous forme d'un cône corné, ce durillon présente une partie centrale molle et dépressible. Il affecte la forme d'un anneau perforé d'un orifice qui va en s'élargissant au fur et à mesure qu'on abrase plus profondément. Cette partie centrale est occupée par un tissu d'aspect tout différent, c'est encore du tissu corné mais il est blanchâtre, opaque, comme laiteux; il est mollasse et résiste au couteau comme de l'étoupe mouillée.

Tandis que l'anneau corné périphérique est homogène ou stratifié, la partie centrale paraît fasciculée et formée de colonnes s'enfonçant verticalement dans la profondeur, aspect qui est du reste parfaitement justifié par la structure de ce tissu. On y voit quelquefois un pointillé hémorrhagique noirâtre, et le plus souvent, si l'on continue à enlever des tranches successives de la lésion, on voit sourdre du sang par une foule d'orifices capillaires qui en criblent la surface.

Les verrues plantaires sont influencées par les changements de température et l'état hygrométrique de l'atmosphère, exactement comme les cors, mais elles sont beaucoup plus douloureuses que ces derniers, elles peuvent rendre la marche impossible et la douleur n'est aucunement diminuée par l'abrasion superficielle. Cela tient à ce que la lésion est beaucoup plus volumineuse qu'elle ne paraît et s'enfonce profondément dans le derme.

Le curettage après anesthésie locale par la cocaïne fournit des renseignements très importants sur la structure de la lésion.

Il est tout d'abord difficile de faire pénétrer une curette dans ce tissu mou et tenace; c'est alors surtout qu'on est tenté de le comparer à une masse d'étoupe mouillée. Mais une fois que la curette a pénétré jusqu'au fond, elle ramène un tissu blanchâtre laiteux, mollasse, qui se divise en fuseaux ou en colonnes de 1 millimètre d'épaisseur en moyenne, dirigés perpendiculairement de la surface vers la profondeur.

Dès qu'une brèche est faite dans la lésion le curettage ne présente plus aucune difficulté et l'on vide ainsi une vaste cavité arrondie, plus large au fond qu'à la surface, ayant la forme d'une marmite à orifice rétréci et qui s'enfonce dans la plante du pied à un ou deux centimètres de profondeur.

Les parois de cette excavation, lisses et résistantes comme le derme normal, ne se laissent pas entamer par la curette. L'hémorrhagie est assez abondante, mais on l'arrête facilement en bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée.

Ce curettage constitue le mode de traitement le plus rapide et le plus radical de la verrue plantaire; s'il est fait avec toutes les précautions antiseptiques et suivi d'un pansement ouaté aseptique, la guérison est très rapide et au bout d'une quinzaine de jours une excavation de deux centimètres de profondeur est complètement cicatrisée.

Un traitement non sanglant, moins rapide mais non moins efficace,

que recommande M. Bargues, est la cautérisation fréquemment renouvelée avec l'acide azotique appliqué au moyen d'un tube effilé. Ce traitement exige cependant beaucoup de soin et une surveillance attentive, car une cautérisation trop précipitée amène facilement la production d'un abcès sous la verrue qui décolle, élimine et guérit la lésion. Cette terminaison n'est cependant pas à rechercher.

La guérison, une fois obtenue, est définitive, tandis que le cor même guéri récidive aussitôt sous l'influence des causes qui lui ont donné naissance une première fois.

H

La verrue vulgaire débute par un épaississement très circonscrit de la couche épineuse de l'épiderme, par suite d'une prolifération plus active de la couche génératrice. Il en résulte que celle-ci s'enfonce dans le derme au-dessous de l'épiderme des parties voisines en même temps qu'elle soulève la couche cornée qui forme une légère saillie. Cette pénétration dans la profondeur ne se fait pas en nappe et d'une seule pièce, mais par une série de bourgeons contigus ou confluents qui laissent entre eux des espaces occupés par des vaisseaux : ce sont les papilles. Cette prolifération épidermique débute en un point pour s'étendre excentriquement, mais reste toujours plus active au centre, et les bourgeons épidermiques s'épaississent dans le sens parallèle à la surface, en même temps qu'ils s'enfoncent dans la profondeur. Il en résulte que les bourgeons centraux se présentent sur une coupe diamétrale comme des blocs épais, carrés, s'enfonçant tout droit, tandis que ceux de la périphérie sont plus minces, inclinés en haut et en dehors, voire même tout à fait couchés par la pression excentrique des parties centrales. Cette inclinaison et cet effilement des bourgeons épidermiques périphériques, qui sont d'autant plus accusés qu'on se rapproche du bord, constituent un des meilleurs caractères histologiques de la verrue vulgaire. Il est à peine esquissé dans les cors les plus volumineux et manque totalement dans la verrue plane juvénile, même la plus développée.

Les papilles ou plutôt les vaisseaux nourriciers de la tumeur épidermique sont entraînés par le même mouvement. Elles sont étirées en longueur et sont écartées par l'épaississement des cloisons épidermiques qui les séparent, de sorte qu'elles forment un bouquet divergent de canaux vasculaires ramifiés atteignant presque la surface.

Dans les régions qui ne sont pas soumises à des pressions habituelles, la tumeur se développe en saillie, par exemple sur le dos de la main. Mais dans les régions qui sont soumises à des pressions fréquentes et énergiques, la verrue ne fait presque plus de saillie, mais se creuse une loge dans l'épaisseur du derme, et l'épiderme voisin s'hypertrophie pour compléter l'inclusion. C'est ce qui s'observe à la plante du pied et à un moindre degré à la paume de la main.

Le derme sous-jacent est peu altéré; il est un peu plus riche en cellules que normalement, surtout au voisinage des vaisseaux. Je n'y ai pas trouvé de cellules plasmatiques ni de Mastzellen. Les papilles sont constituées par un tissu conjonctif très délicat entourant des capillaires volumineux; elles contiennent un nombre d'éléments cellulaires assez notable, ce qui est en rapport avec le processus d'accroissement qu'elles subissent, accroissement qui n'est que secondaire et consécutif à la néoplasie épidermique, ainsi que, le premier, l'a montré Auspitz. Les fibres élastiques, encore assez nombreuses à la base des papilles, deviennent promptement très rares et manquent complètement à une certaine distance. Elles sont fines, clairsemées, allongées dans le sens de la papille, sans rien qui rappelle l'élégant réseau élastique des papilles normales. Il semble que ce sont les fibres préexistantes qui ont été dissociées et entraînées dans les prolongements papillaires.

La couche génératrice de l'épiderme est formée de plusieurs rangées très denses de petites cellules pauvres en protoplasma, avec un noyau petit, mais énergiquement coloré par les réactifs. On y trouve souvent des figures karyokinétiques. Les bourgeons obliques de la périphérie sont presque exclusivement constitués par des cellules génératrices allongées et extraordinairement tassées. La couche épineuse forme quelquefois plus de la moitié de l'épaisseur de la verrue et contient des cellules ne différant guère des normales que par leur volume un peu plus grand et leur protoplasma un peu moins granuleux et moins colorable. La couche granuleuse est très variable d'épaisseur; elle est amincie et manque parfois au niveau du sommet des papilles, elle est plus large que normalement dans leurs interstices. Elle n'est cependant pas hypertrophiée, car si on la compare à l'épiderme voisin (un peu hyperkératosé, il est vrai) on voit qu'elle est moins dense, formée de cellules moins tassées et moins riches en granulations de kératohyaline. La couche cornée est également moins compacte que la normale. On y trouve de l'éléidine, non pas plus abondante, mais diffusée sur une plus grande étendue. Parfois aussi on y trouve des noyaux, surtout au niveau des prolongements papillaires où la couche granuleuse manque.

J'ai vainement cherché le bacille décrit par Kühnemann; pas plus par la technique qu'il indique que par aucune autre je n'ai découvert le moindre microbe. Les cultures ne m'ont pas mieux réussi.

III

Un certain nombre des verrues que j'ai examinées m'ont montré une structure très particulière et tellement frappante que j'ai cru d'abord qu'il s'agissait de quelque affection toute différente. Je n'ai cependant pas pu trouver de différence clinique entre les cas dont je vais parler et les cas ordinaires, et j'ai, en revanche, pu trouver une série de faits de transition au point de vue anatomique. Je suis donc obligé d'admettre, jusqu'à plus ample informé, que ce sont des verrues vraies.

La plupart provenaient de la face palmaire de la main et étaient constituées par une élevure du volume d'un grain de chènevis à une lentille, arrondies, à sommet arrondi ou plan, finement mamelonné mais non fissuré, entourées d'un talus fourni par l'épiderme voisin hyperkératosé. Cet anneau hyperkératosique peut dépasser la partie centrale de la verrue, atteindre son niveau ou être dépassé par elle; cela dépend un peu de la profession du malade. La lésion était unique ou multiple, et c'était en général dans les plus grosses et les plus anciennes que ces altérations spéciales étaient le plus avancées.

Mes observations ont porté sur sept malades, dont un cas de verrue de la face dorsale de la main chez un enfant (observation communiquée par M. Sabrazès) et une verrue de la face plantaire du gros orteil recueillie sur le cadavre par M. le professeur Coyne. Chez un de mes malades les verrues étaient assez nombreuses et j'en ai excisé plusieurs qui m'ont montré des lésions diversement développées (1).

Il est à remarquer que dans la plupart des cas il s'agissait de verrues de la face palmaire de la main ou des doigts; cependant cela n'est pas constant.

Le premier vestige de cette altération se trouve dans une verrue du dos de la main.

Dans les points où la couche granuleuse est le plus développée, c'est-à-dire dans les espaces interpapillaires, on remarque dans quelques cellules une vacuole claire qui leur donne une forme arrondie et un plus grand volume que leurs voisines.

Un stade un peu plus avancé s'observait sur une verrue du volume d'un grain de chènevis excisée chez un jeune homme qui portait sur les deux mains un grand nombre de verrues situées pour la plupart sur les faces palmaires et latérales de la main et des doigts. L'altération vacuolaire des cellules prédomine encore dans les dépressions interpapillaires mais s'étend aussi dans les parties sus-papillaires et dépasse un peu inférieurement les limites de la couche granuleuse; elle atteint près de la moitié des cellules de la couche granuleuse.

Dans les préparations colorées par l'éosine hématoxylique de Renaut ou par le picro-carmin de Ranvier, on voit une vacuole qui remplit la cellule et la distend. Le protoplasma refoulé forme une sorte de membrane enveloppante fortement colorée dans laquelle la

⁽¹⁾ Il me paraît probable que le cas publié par PAYNE (Papular acneiform eruption with colloïd masses resembling those found in molluscum contagiosum. British Journal of Dermatology, 1891, 250), est un fait analogue mais mal interprété,

méthode de coloration de Kromayer-Unna permet de retrouver quelques vestiges de filaments d'union. Dans cette cavité claire se trouve une notable quantité de grains ou de blocs irréguliers de kératohyaline libres dans la cavité ou appliqués contre la paroi et violemment colorés par les réactifs. Le noyau est invisible, soit qu'il ne se colore pas par le carmin ou l'hématoxyline, soit qu'il soit masqué par les blocs de kératohyaline. Les cellules voisines sont un peu granuleuses, mais plutôt pauvres en granulations de kératohyaline, sauf quelquesunes qui en sont au contraire très chargées et qui avec leur forme polygonale et leur protoplasma bourré de granulations réalisent le type de la cellule granuleuse normale et tranchent très nettement sur la préparation. Sur les limites de la verrue cette altération vacuolaire est brusquement interrompue et se trouve en contact immédiat avec l'épiderme sain du voisinage.

Dans les coupes colorées par l'orcéine acide de Tänzer et le bleu de méthylène (1) la kératohyaline a complètement disparu. On constate alors que toutes les cellules de la couche granuleuse ont parfaitement conservé leurs noyaux tant dans l'épiderme normal que dans la verrue. Les cellules vacuolisées dont le noyau était invisible avec la technique précédente, montrent avec celle-ci des noyaux très nets, plus gros et plus colorés que ceux des cellules non altérées.

Le degré le plus élevé de cette altération est représenté par un bon nombre de pièces provenant de six malades. L'altération vacuolaire débute ici dès la partie inférieure de la couche épineuse, la couche génératrice n'est même pas complètement indemne. Il en résulte une altération profonde de la kératinisation et un aspect tellement étrange qu'il est très difficile de se rendre compte de la nature des lésions si l'on n'est pas éclairé par l'étude des formes moins avancées.

Les préparations les plus faciles à interpréter sont fournies par des pièces fixées par l'alcool et colorées par l'orcéine acide et le bleu de méthylène.

1º Si l'on peut considérer une des faces latérales d'un prolongement papillaire, on trouve d'abord une couche génératrice formée de deux ou trois rangées de cellules à peu près normales, elles ont cependant un protoplasma un peu plus abondant et plus granuleux. Dès la troi-

t

ıi

e

a

⁽¹⁾ Pièces fixées par l'alcool, incluses dans la paraffine ou le collodion. Coloration pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures dans l'orcéine acide de Tänzer; lavage à l'alcool ; coloration pendant une demi-heure dans le bleu de méthylène boraté récemment préparé et très chargé en matière colorante ; lavage rapide dans l'acide acétique dilué 1/300 environ; solution de tannin; déshydratation à l'alcool, girofle et baume. On peut plus simplement remplacer le bleu de méthylène boraté par une solution de bleu de méthylène dans le formol à 4 p. 100 et se dispenser du lavage à l'acide acétique. Les fibres élastiques sont brun foncé, les fibres conjonctives sont brun pâle, les noyaux cellulaires sont bleus, la substance cornée normale est violette. Les figures karyokinétiques de l'épiderme se voient très bien,

sième rangée de cellules, on en voit quelques-unes dont le noyau est entouré d'un espace clair.

2º Un peu plus loin on distingue deux sortes de cellules. Les unes, isolées ou formant des groupes de 5 ou 6, contiennent un gros noyau rond, fortement coloré, le protoplasma est remplacé par un espace clair, incolore, entouré d'une sorte de membrane cellulaire réfringente et pâle. Les autres ont un noyau petit, pâle, ovoïde; leur protoplasma granuleux est coloré en bleu, elles ressemblent de tout point aux cellules normales de la couche épineuse, sauf qu'elles sont tassées et déformées par la pression des cellules vacuolées. Ces cellules granuleuses remplissant tous les interstices de cellules claires forment des îlots anguleux ou des travées. Cette région correspond à la fois à la couche épineuse et à la couche granuleuse.

3° En avançant encore on voit que les cellules vacuolées sont réduites à une membrane cellulaire mince et claire entourant un espace tout à fait vide au milieu duquel est situé un noyau rond ou ovoïde bien limité, très volumineux et fortement coloré. Dans l'intervalle des cellules claires se voit un tissu pâle, incolore, à structure vaguement fibrillaire qui comble les vides. Cette région assez large correspond au stratum lucidum anormalement développé.

4º Une dernière zone enfin correspondant à la couche cornée occupe l'interstice entre les colonnes papillaires contiguës. On y voit toujours les mêmes gros noyaux fortement colorés occupant, sans les remplir, les mailles d'un réseau très délié formé de membranes cellulaires à peine teintées par l'orcéine (plus fortement colorées par certains autres réactifs comme l'éosine). C'est là le terme de l'évolution des cellules vacuolisées. Mais on y voit aussi des bandes plus ou moins larges, des traînées ramifiées, étoilées, parfois un véritable réseau d'une substance homogène colorée en violet clair et qui est de la substance cornée normale; c'est le terme évolutif des cellules qui n'ont pas subi l'altération que nous étudions.

Les coupes colorées par le picro-carmin ou l'éosine hématoxylique sont d'une interprétation beaucoup plus difficile, parce que dans la deuxième zone (couche épineuse et couche granuleuse) les cellules vacuolées sont encombrées de gros blocs irréguliers très fortement colorés. L'ensemble des réactions colorantes ainsi que la comparaison avec les cas où cette altération n'est que peu développée me font considérer ces blocs comme de la kératohyaline apparaissant d'une façon précoce et offrant une disposition anormale. Enfin dans certains cas (verrue du dos de la main communiquée par M. Sabrazès) les cellules vacuolées de la troisième zone (stratum lucidum) et audessus contiennent des blocs irréguliers, volumineux, qui se rapprochent par leurs réactions colorantes de la substance cornée.

L'on peut retrouver ces zones successives d'évolution plus ou moins

bien dessinées soit à la base des bourgeons épidermiques, soit autour de chacune des papilles qui en est comme engainée, la dernière zone correspondant à la couche cornée étant commune aux deux systèmes papillaires voisins et plongeant profondément dans leur intervalle. Ce qu'il y a de plus difficile à suivre c'est l'évolution des cellules qui échappent à l'altération vacuolaire : elles sont souvent très peu nombreuses et sont généralement masquées par les cellules altérées beaucoup plus apparentes. Les zones qu'on voit le mieux et même les seules qu'on apercoive à un examen superficiel sont les zones 2 et 4.

La couche cornée (quatrième zone) est de beaucoup celle qui tient le plus de place dans la verrue, et présente à peu près le même aspect avec tous les réactifs colorants. On voit un réseau très serré à travées minces, plus ou moins colorées suivant les réactifs, entourant des mailles claires. Dans ce tissu spongieux sont semés en grande abondance des corps ronds ou ovoïdes, très nettement limités, sans double contour, très fortement colorés et d'une façon uniforme par tous les colorants nucléaires, beaucoup plus gros que les noyaux normaux de l'épiderme. On peut d'autant moins les considérer comme des noyaux, que ceux qu'on est habitué à rencontrer dans l'épiderme corné sont petits et aplatis. C'est ainsi que Payne (loc. cit.) les a pris pour des psorospermies. Si la description laisse à désirer sous le rapport de la clarté, ses figures me permettent d'identifier les lésions qu'il a vues avec celles que je viens de décrire.

Après la couche cornée, c'est la deuxième zone (couche épineuse et couche granuleuse) qui est la plus apparente. Comme les réactifs colorants les plus employés en histologie tels que le carmin, l'hématoxyline et un certain nombre de couleurs d'aniline colorent énergiquement les granulations de kératohyaline, cette portion de la verrue se présente comme une masse confuse de blocs inégaux, irréguliers, colorés d'une façon intense et dont la nature cellulaire n'est même plus reconnaissable. Il fallait, pour interpréter sa structure, étudier des coupes colorées de façon à mettre les noyaux en évidence en laissant dans l'ombre la kératohyaline, et d'autre part étudier comparati-

vement des cas où les lésions n'étaient qu'ébauchées.

La première conséquence de cette altération cellulaire est que la couche cornée conserve une structure spongieuse; elle est plus volumineuse, moins tassée que lorsque l'évolution épidermique se fait d'une façon normale. Il en résulte que l'accroissement en hauteur de la verrue est beaucoup plus rapide et que les canaux vasculaires ou papilles sont beaucoup plus fortement étirés. Ne pouvant pas

s'allonger indéfiniment, il arrive parfois que tout un segment terminal se thrombose et que dès lors la couche génératrice qui enveloppait cette portion de papille n'étant plus nourrie se kératinise hâtivement.

Cette hypothèse est confirmée par l'étude des coupes transversales et perpendiculaires de ces verrues, colorées par l'orcéine acide et le bleu de méthylène.

Sur une coupe parallèle à la surface on voit tout d'abord un semis de gros noyaux ronds et vivement colorés occupant les mailles d'un fin réseau de membranes cellulaires très pâles. Toute cette étendue est divisée en champs de grandeur irrégulière et de forme polygonale par des travées violettes de tissu corné normal. Au centre de chacune de ces aires est une figure arrondie correspondant à la section d'une papille thrombosée, ou bien l'on trouve dans la même aire plusieurs de ces figures incomplètement séparées par des ébauches de travées. On y remarque un capillaire ou un faisceau de capillaires remplis de sang coagulé; les globules rouges sont confondus en une masse homogène, mais on distingue parfaitement les noyaux des cellules endothéliales et des leucocytes. Les capillaires sont entourés d'une enveloppe claire et incolore sur les coupes à l'orcéine et bleu de méthylène, d'un rouge vif sur les coupes colorées par la fuchsine acide picriquée et qui paraît bien être du tissu conjonctif; on y voit de nombreux noyaux petits, irréguliers, fortement colorés qui sont soit les cellules fixes, soit des cellules migratices, probablement les deux. Tout autour, sur les coupes au bleu, règne une zone violette, semée de noyaux irréguliers, formée de tissu corné avec des cellules migratrices. Il s'agit donc là d'une véritable momification de la papille suivie de kératinisation de sa gaine épidermique; comme cette kératinisation s'est faite d'une façon hâtive les altérations vacuolaires des cellules n'ont pas eu le temps de se développer. Dans l'intervalle, entre la section de la papille centrale et les grandes travées du tissu corné l'on trouve de nombreuses traînées violettes du tissu corné arrivant parfois à s'anastomoser et à former une ébauche de réseau.

Il arrive parfois que le sang s'est extravasé et infiltré dans toute la papille. D'autres fois, on ne trouve pas de capillaire ni de tissu conjonctif, mais seulement un cercle bien circonscrit de tissu corné, ce qui tient à ce que la coupe a affleuré l'extrémité d'une papille au lieu de la décapiter. Tout autour de la verrue, surtout sur les coupes un peu inférieures, règne une large bande de tissu corné normal; c'est la section de l'anneau hyperkératosique qui entoure et même enveloppe la verrue. Parfois, et notamment au centre de la lésion, on peut rencontrer une papille non encore nécrosée, entourée de cellules encore vivantes et en voie d'évolution normale ou pathologique.

Ces résultats sont confirmés et complétés par l'étude des corps perpendiculaires à la surface. On remarque que l'altération vacuolaire n'est pas également répartie dans toutes les parties de la verrue: certaines papilles ne la présentent que sur une de leurs faces, d'autres ne la présentent pas du tout. Les papilles entourées d'un épiderme à évolution normale sont beaucoup plus courtes, et je n'y ai pas vu de nécrose terminale. Les grandes travées de tissu corné observées sur les coupes transversales de la verrue se retrouvent sur les coupes longitudinales sous forme de bandes parallèles aux papilles et s'enfonçant dans leur intervalle. Sur le prolongement des papilles, on trouve les mêmes éléments que dans les coupes transversales, mais disposés en bandes parallèles au lieu de cercles. On remarque, notamment dans quelques coupes particulièrement bien orientées, de longues anses vasculaires thrombosées en masse. Elles montrent que la nécrose des papilles ne se fait pas de proche en proche mais par la thrombose de tout un long segment à la fois.

Ce processus d'allongement mécanique des papilles sous l'influence de la prolifération épithéliale, suivi de la thrombose de ces papilles par segments successifs, est tout à fait analogue à ce qui se passe dans les cornes cutanées. Mais pas plus dans les cornes que dans aucune autre lésion, je n'ai jamais aperçu rien d'analogue à cette

altération cellulaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA DERMATOSE DE DUHRING

(Suite) (1).

Par MM. Leredde, chef de laboratoire, et Perrin, interne à l'hôpital Saint-Louis.

B. — DERMATOSE DE DUHRING EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Obs. II. — Femme couchée au n° 31 de la salle Henri IV, service de M. le professeur Fournier. (Observation publiée par le D^r Wickham. Annales de Dermatologie, 1893.)

Les coupes portent sur une bulle, solide encore, et remplie surtout de fibrine, disposée en réseau à petites mailles, et formant, de place en place, des gâteaux parallèles à la superficie de la peau. On y voit irrégulièrement répartis des leucocytes polynucléaires, dont un grand nombre offrent des grains éosinophiles.

Pour nous rendre compte du mode de formation de cette bulle, nous avons coupé en série le fragment biopsié. Sur les coupes extrêmes, la bulle est tout à fait indépendante du derme, elle se trouve à l'union du corps muqueux et de la couche cornée épaissie, ayant à peu près détruit le stratum lucidum et le stratum granulosum; ce dernier tend à se reformer sur les bords, au-dessous de la bulle.

Mais sur les coupes moyennes, la bulle entre en connexion avec le derme, dans lequel elle s'étale lègèrement; elle perfore le corps muqueux et s'étale de nouveau sous la couche cornée, ayant ainsi une disposition comparable à celle d'un bouton de chemise.

Derme. — L'infiltration cellulaire atteint son maximum au niveau du réseau sous-papillaire, où l'on voit des foyers assez volumineux autour de vaisseaux dilatés. La vaso-dilatation atteint son maximum au centre des coupes; au niveau de la bulle, quelques vaisseaux sont remplis de fibrine sans globules blancs. Les papilles, souvent élargies, toujours allongées, sont beaucoup moins infiltrées de cellules en diapédèse; les vaisseaux centraux et lymphatiques y sont aussi très apparents.

Dans la région du derme qui répond à la partie moyenne de la bulle, mais seulement à ce niveau, les vaisseaux sanguins contiennent un grand nombre d'éléments lymphatiques, polynucléaires, parmi lesquels on peut distinguer quelques éosinophiles. De place en place, l'endothélium vasculaire est modifié, et nous avons rencontré ses cellules en karyokinèse.

En dehors des vaisseaux, le tissu conjonctif est toujours œdématié, ses fibrilles s'écartent les unes des autres.

⁽¹⁾ Voir le numéro d'avril, p. 281.

Les foyers périvasculaires sont essentiellement formés dans leur centre de lymphocytes. Le nombre des éosinophiles en diapédèse est beaucoup moins considérable ici que dans le cas d'herpes gestationis, mais reste encore élevé, surtout près de la bulle; dans les papilles excentriques à celle-ci, les éosinophiles deviennent rares. Ici les foyers cellulaires sont surtout formés de cellules fixes en prolifération et entre elles il est très exceptionnel de voir des éléments lymphatiques.

Dans les régions profondes du derme, où il n'y a du reste aucune lésion indiscutable, c'est à peine si de place en place on voit une cel-

lule éosinophile.

Reste à signaler un fait anormal : la présence dans le derme de cellules à pigment jaunâtre, nombreuses en quelques points, irrégulièrement distribuées. Ce ne sont pas des cellules éosinophiles modifiées; leur noyau a plutôt le caractère de ceux des cellules fixes. Elles se rapprochent des mastzellen par leur forme, et il nous a semblé voir en quelques points une partie des granulations colorables par les couleurs basiques. En dehors d'elles les mastzellen sont en assez grand nombre.

Épiderme. - Les cônes interpapillaires, entre les papilles hypertrophiées pénètrent profondément le derme. D'une manière générale l'épiderme est légèrement hypertrophié. Souvent on voit des cellules du corps muqueux en karyokinèse. Souvent entre les éléments du corps de Malpighi, on distingue des cellules migratrices, toujours isolées, qui toujours sont pourvues de grains éosinophiles.

Obs. III. - Homme de 66 ans, couché au nº 37 de la salle Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier. Le début remonte à trois semaines. Mort après trois semaines de séjour à l'hôpital, par néphrite.

Les coupes que nous avons examinées n'intéressent pas la vésicule

enlevée; elles portent sur les parties voisines.

Derme. — On est frappé d'un œdème excessif du corps papillaire. Cet œdème se manifeste par la raréfaction du tissu, l'écartement des fibrilles, la tendance au décollement de l'épiderme et du derme, l'effacement des papilles. Dans le tissu ainsi modifié la diapédèse est peu intense; c'est seulement autour des vaisseaux les plus gros du réseau sous-papillaire qu'on observe des amas cellulaires, des foyers arrondis ou longitudinaux suivant la manière dont le vaisseau a été atteint par la coupe. Quant aux parties plus profondes du derme, elles sont normales; on voit seulement, autour d'un vaisseau occupant le réseau profond et le réseau sous-papillaire, plusieurs couches de cellules, qui l'engainent.

Les amas périvasculaires sont tous formés d'une même manière, de lymphocytes et de cellules fixes. Il est rare, dans leur épaisseur, de voir des cellules éosinophiles, mais elles deviennent plus nombreuses à leur périphérie.

Loin des amas, elles sont nombreuses, en tenant compte de ce fait qu'il y a peu de cellules migratrices à distance des vaisseaux. Comme dans le cas d'herpes gestationis, on les rencontre dans le derme profond, et dans le tissu œdématié du corps papillaire.

Il n'est pas rare de voir des globules rouges sortir des vaisseaux, sans qu'on ait jamais affaire à des foyers hémorrhagiques.

Les vaisseaux eux-mêmes contiennent très peu de globules blancs; parmi eux nous en avons vu deux ou trois éosinophiles.

Épiderme. — On y trouve deux très petites vésicules, avec très peu de cellules ; quelques-unes sont éosinophiles. Mais entre les éléments de l'épiderme il n'y a pas de cellules migratrices ; les cellules épithéliales s'écartent les unes des autres, les filaments interépithéliaux sont très apparents. L'épiderme s'aplatit au sommet des papilles, et s'hypertrophie entre elles.

Obs. IV. — Jeune fille de 18 ans, couchée au n° 18 de la salle Gibert, service de M. le Dr Tenneson. Le début remonte à seize mois environ.

La bulle qui a été comprise dans la biopsie se trouve à l'union du derme et de l'épiderme et les écarte l'un de l'autre. Elle est remplie d'une masse fibrineuse formant d'épais faisceaux parallèles à la surface de la peau, avec de place en place de grandes mailles où on ne trouve plus qu'un réticulum fibrineux plus délicat, quelquefois des cavités vides. On trouve, dans toute la bulle, des éléments de plusieurs catégories: globules rouges libres, quelques cellules épidermiques isolées, cellules lymphatiques polynucléaires, enfin éosinophiles en grande abondance.

Les lésions dermiques sont fort simples : œdème peu prononcé, mais dilatation générale des vaisseaux lymphatiques et sanguins ; dans ceux-ci peu de globules blancs, quelques-uns éosinophiles ; autour des vaisseaux, diapédèse très peu intense ; la majorité des cellules migratrices est encore formée d'éosinophiles. Ici, comme dans le cas précédent, on voit des globules rouges libres en dehors des vaisseaux.

L'épiderme au-dessus de la bulle est aplati, formé de lamelles cellulaires parallèles, à noyau étiré. En dehors de la bulle, il est un peu hypertrophié et contient quelques cellules migratrices éosinophiles.

Dans une deuxième biopsie faite à la même malade, les lésions étaient tout à fait les mêmes, à cela près qu'il n'y avait pas de bulles, mais des vésicules comprises dans l'épiderme, et à parois formées de cellules aplaties. Ces vésicules étaient suppurées et de ce fait contenaient un grand nombre de leucocytes polynucléaires sans granulations, assez abondants du reste dans le derme.

C. — HISTOLOGIE GÉNÉRALE DE LA MALADIE

Nous pouvons donner maintenant une étude microscopique d'ensemble des lésions cutanées dans la dermatose de Dühring, sous sa forme gravidique ou sa forme vulgaire. L'identité des deux formes nous semble établie d'une manière indiscutable par la présence dans les deux, de cellules ayant une réaction microchimique spéciale, sortant des vaisseaux du derme puis éliminées par l'épiderme, et par l'altération du sang, où l'on trouve de douze à vingt-deux éosinophiles sur cent leucocytes, fait majeur qui domine l'histoire de cette dermatose (1).

Lésions du derme. — Il n'est pas de lésions dermiques qui soient au même degré dans tous les cas.

Elles se limitent souvent au corps papillaire, ou du moins y prédominent d'une manière évidente.

La diapédèse est tantôt intense (cas d'herpes gestationis), tantôt très faible (obs. IV). Elle tend, dès qu'elle est un peu abondante, à former des groupes principaux périvasculaires, mais toujours on trouve à distance des cellules migratrices en nombre variable.

Si on cherche à analyser les caractères des éléments migrateurs, on constate qu'il s'agit essentiellement de lymphocytes et d'éosinophiles. Mais il faut remarquer la tendance de ceux-ci à s'éloigner des vaisseaux; elle était tellement marquée dans le cas d'herpes gestatonis, que nous avions cru devoir rattacher les éosinophiles aux lymphocytes, faire dériver les premiers des seconds. Nous avons renoncé à cette hypothèse en constatant l'abondance des éosinophiles dans la circulation sanguine.

Des cellules de nature différente, c'est-à-dire des éléments polynucléaires, tels que ceux que l'on voit dans toutes les inflammations aiguēs, s'observent lorsque bulles ou vésicules sont arrivées à maturation, et encore plus dès qu'elles sont suppurées. Les polynucléaires sont alors abondants dans les vaisseaux et en dehors d'eux; c'est probablement le fait d'une infection microbienne banale qui envahit la peau.

Les cellules fixes conjonctives prennent part à la formation des foyers cellulaires, et quelquefois proliférant les constituent à elles seules (obs. II).

n

L'œdème est le second élément essentiel des altérations dermiques. Il est plus ou moins marqué, mais parfois excessif. Il y a véritablement paralysie vaso-motrice du derme. Ses vaisseaux se dilatent, le sérum sanguin ou lymphatique fait issue et imbibe le tissu conjonctif.

LEREDDE et PERRIN, Étude histologique du liquide des vésicules et des bulles, Société de Dermatologie, avril 1895.

Nous pouvons mettre l'issue des globules rouges hors des vaisseaux, en rapport avec cet œdème. C'est ici le lieu de rappeler que M. Tenneson a le premier décrit des lésions hémorrhagiques comme appartenant en propre à la maladie de Dühring (1). Le microscope confirme l'importance de cette donnée, en révélant la lésion à l'état élémentaire dans nombre de cas.

L'œdème, encore plus que la diapédèse et la prolifération possible des cellules fixes, modifie la forme des papilles, les hypertrophie ou les fait disparaître; c'est là une différence sans valeur: une papille hypertrophiée disparaît en se confondant avec les voisines dès que le cône interpapillaire qui la limite a été complètement refoulé vers l'épiderme.

Formation des bulles. - La couche sous-épidermique du corps papillaire est alors disposée à la formation des bulles. L'observation IV nous semble prouver que celles-ci sont déterminées à l'origine par l'issue du sérum en grande abondance à l'union de l'épiderme et du derme, et la précipitation de fibrine. Dans l'observation II nous voyons un stade ultérieur : le liquide pénètre dans l'épiderme en détruisant le corps de Malpighi, puis s'étale à la hauteur de la couche granuleuse, qu'il dissèque, et sépare la couche cornée du corps muqueux. Au-dessous de la bulle à ce stade intra-épidermique, l'épiderme (obs. II) manifeste, par la présence de cellules granuleuses abondantes, la tendance à la réparation.

Lésions de l'épiderme et vésicules. - L'hypertrophie de l'épiderme est un fait fréquent, mais en général elle reste modérée. Elle est sans doute le résultat de l'irritation profonde, c'est un effet d'une cause plus importante. La karyokinèse fréquente est en rapport avec cette hypertrophie. Elle paraît jouer un rôle important dans l'aspect clinique de quelques cas, et nous expliquerions volontiers ainsi la

forme végétante décrite par M. Hallopeau.

L'existence entre les cellules du corps muqueux de cellules migratrices éosinophiles est bien particulière et marque encore l'importance qu'ont ces éléments dans l'affection, la tendance que présente la peau à les éliminer par toutes les manières possibles. M. Renaut (2) remarque leur peu de mobilité parmi les cellules blanches du sang leucémique; il est curieux d'observer une maladie où seuls ils soient en migration dans l'épiderme.

Mais l'élimination diffuse de ces éléments par l'épiderme est un fait accessoire, un petit nombre seulement peuvent être évacués ainsi de l'organisme. Ces vésicules sont, après les bulles, le moyen essentiel d'excrétion. Elles se forment entre les cellules du corps de Malpighi, non dans les cellules mêmes, par accumulation d'éléments

⁽¹⁾ TENNESON. Traité clinique de dermatologie, p. 94.

⁽²⁾ RENAUT. Traité d'histologie pratique, p. 76.

lymphatiques, peut-être tous éosinophiles à l'origine, puis elles grandissent, par l'apport de sérum sanguin et de nouveaux leucocytes. Elles refoulent les cellules épithéliales, qui tendent (cas d'herpes gestationis) à subir la transformation cornée, et peut-être simplement entraînées par l'évolution naturelle de l'épiderme, deviennent de plus en plus superficielles.

ie

1-

le

le

le

rs

os

a-

de

r-

ns

ur

ée

res

lle

ne

ect

la

a-

or-

la

(2)

ng ent

un iés

de nts Dans les quatre cas examinés, nous avons pratiqué les biopsies au niveau de vésicules ou de bulles apparentes, mais parfois (cas d'herpes gestationis, obs. III) nous ne les avons pas retrouvées sur les coupes, faites au-dessus ou au-dessous. Or dans ces deux cas, nous avons vu de toutes petites vésicules intra-épidermiques. Peut-être font-elles essentiellement partie de la maladie et les observerait-on au microscope dans les cas mêmes où l'érythème paraît l'élément principal.

Nous observons, pour nous résumer, plusieurs lésions, toutes fort simples, mais qui par leur mode de groupement, par leur intensité plus ou moins grande déterminent des aspects microscopiques variables. Elles expliquent la variabilité des apparences cliniques; et cependant on ne doit pas exagérer le caractère polymorphe de la maladie de Dühring (Tenneson) et au point de vue histologique, une description générale n'est pas très difficile. Le polymorphisme de la dermatose s'explique, si l'on pense qu'on a réellement affaire à une maladie; d'autres dermatoses ne sont encore que des lésions; l'eczéma, l'acné, ne sont pas des maladies au sens de la maladie de Dühring.

Dans la conception de celle-ci, il faut éliminer toutes les complications cutanées, pustulation, impétiginisation. La purulence des bulles est le résultat évident d'une infection secondaire. De même l'eczéma n'est pas une affection polymorphe par ce simple fait qu'il peut se recouvrir d'impétigo, de croûtes, etc. L'érythème, les vésicules et les bulles, les hémorrhagies plus rarement, groupés de diverses manières sont les éléments morbides qui révèlent au clinicien une maladie générale, les effets cutanés d'une altération sanguine, croyons-nous, dont il faudra à l'avenir déterminer la cause supérieure.

Cette altération constante dans les cas que nous avons étudiés, détermine, peut-être grâce à une insuffisance rénale, l'élimination par la peau des cellules éosinophiles en excès dans le sang, leur abondance dans le derme sur les coupes, leur nombre considérable (33-95 p. 100 dans le liquide des vésicules et des bulles). Elle confirme l'unité

de la maladie, déjà affirmée par les cliniciens.

NOTE SUR LE TISSU ADIPEUX (1)

Par le Dr Arnold Sack (de Heidelberg).

Mes recherches sur le tissu adipeux, que je résumerai le plus brièvement possible, ont eu pour point de départ le pannicule sous-cutané. Les faits dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir ne sont pas du tout particuliers au tissu adipeux de la peau seule ; ils se rapportent tout aussi bien aux cellules graisseuses de n'importe quelle région du corps humain, mais, eu égard à l'importance du rôle que joue le pannicule adipeux dans la vie du revêtement cutané, je pense que les anatomistes et les histologistes trouveront autant d'intérêt à cette communication que les dermatologistes qui y sont directement intéressés.

Voici en quoi consistent ces quelques faits nouveaux, que j'ai été amené à découvrir dans le tissu adipeux normal de l'adulte en employant la méthode des coupes très fines (jusqu'à 7 μ) et des colorations très délicates.

1º Les noyaux des cellules graisseuses sont pour la plupart, pendant presque toute leur vie cellulaire, vacuolisés.

2º La nature chimique du contenu des vacuoles ne peut être encore établie d'une façon assez précise; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles ne renferment aucune substance graisseuse, car l'acide osmique, en noircissant le contenu graisseux de la cellule elle-même, ne modifie en rien l'aspect des vacuoles des noyaux qui restent aussi transparentes qu'avant d'avoir subi le contact de l'acide. Il est probable que les vacuoles ne contiennent qu'un liquide aqueux, peut-être salin ou alcalin.

3° Les vacuoles présentent une forme circonscrite très nette et très régulière : on peut les comparer à des sphéroïdes ou à des ellipsoïdes.

4° Au début de leur apparition, les vacuoles siègent au centre du noyau aplati de la cellule adipeuse et se présentent sous la forme de toutes petites vésicules; elles augmentent, soit spontanément, soit par confluence avec d'autres vacuoles voisines.

5° Au fur et à mesure qu'elles grossissent, les vacuoles s'approchent du bord, c'est-à-dire de la périphérie des noyaux.

6° Une fois qu'elle a atteint son volume et son expansion maxima, la vacuole commence à dépasser la circonférence du noyau en refou-

(1) Note lue à la Société française de Dermatologie, séance du 9 mai 1895.

lant devant elle la lame périphérique de la substance nucléaire, jusqu'à ce que celle-ci se rompe et laisse la vacuole s'échapper dans la cavité cellulaire où elle se confond avec la substance propre de la cellule adipeuse.

7° La dépression ou l'échancrure, située sur la périphérie du noyau, vestige de la position qu'occupait la vacuole échappée, s'efface peu à peu et bientôt une nouvelle vacuole recommence le même pro-

cessus d'émigration.

13

it

u

1-

-

é

-

1-

re

es

e,

0-

S-

ole

re

ès

es.

du

de

oit

0-

ıa,

ou-

8º On observe parfois deux ou plusieurs vacuoles dans le même noyau, et tandis que l'une d'elles se prépare à l'abandonner, les autres sont encore situées dans le corps du noyau.

9° Les vacuoles prennent naissance dans le voisinage immédiat de ce qu'on appelle les nucléoles du noyau : elles sont, en un mot, paranucléolaires.

10° Donc il doit y avoir un rapport entre la formation des vacuoles et la présence des nœuds du réseau de chromatine qu'on envisage généralement comme étant des nucléoles des noyaux.

11° Le phénomène de la vacuolisation ne s'observe que dans les noyaux des cellules adipeuses qui sont arrivées à leur complet développement, alors que la graisse, accumulée dans la cellule, la remplit totalement. On ne l'observe ni chez les embryons, ni chez les vieillards, ni chez les individus cachectiques dont le pannicule adipeux est arrivé à un état d'atrophie extrême.

12° De l'existence du phénomène seulement dans le tissu adipeux normal — infantile ou adulte — on peut, peut-être, déduire que c'est une particularité spécifique du tissu en rapport avec sa nutrition.

13° On pourrait m'objecter que ces vacuoles sont artificiellement produites par des préparations défectueuses, mais je m'empresse de dire que quels que soient les liquides employés pour le durcissement des préparations — alcool, sublimé, liquide de Müller — les résultats sont toujours les mêmes, c'est-à-dire positifs.

14º Sauf les cas où l'on a affaire à un tissu adipeux atrophié, on observe ce phénomène plus ou moins accusé aussi bien chez les individus dont la peau est absolument normale que dans les cas patho-

logiques.

15° Sur la nature et la fonction des vacuoles, on ne peut faire que des hypothèses très vagues. Quoi qu'il en soit, leur présence semble prouver que les noyaux des cellules adipeuses pourraient avoir quelque fonction nutritive ou même sécrétoire importante dans la vie de la cellule.

16° Il y a donc à se demander quels devraient être le mécanisme et la cause de tous ces phénomènes-là?

Peut-être sont-ils dus au mécanisme suivant :

La goutte graisseuse de la cellule adipeuse exerce une pression

assez forte sur le noyau pour empêcher la diffusion continuelle des sucs entre le noyau et la cavité cellulaire, de sorte que cette diffusion — probablement de nature nutritive — ne peut se produire que d'une façon saccadée. En d'autres termes : il doit s'amasser dans le noyau une certaine quantité de liquide — qui n'est autre chose que notre vacuole — pour rompre la résistance du milieu extra-nucléaire et abandonner le noyau.

Il est étonnant que jusqu'à aujourd'hui tous ces faits aient échappés

à l'observation des histologistes.

Je me propose dans une prochaine publication plus détaillée, à laquelle seront jointes quelques planches, d'attirer l'attention sur eux.

SOCIÉTÉ FRANCAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU JEUDI 9 MAI 1895

PRÉSIDENCE DE M. E. BESNIER

SOMMAIRE. - Erratum. - Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes, par M. DU CASTEL. (Discussion: MM. FOURNIER, BARTHÉLEMY.) - Traitement de la pelade, par M. SABOURAUD. - Deux cas de mélanodermie addisonnienne, par M. J. DARIER. (Discussion: MM. E. BESNIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, DARIER, DU CASTEL.) - Sur un lupus érythémateux chez un sujet tuberculeux, par M. DANLOS. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, E. BESNIER.) - Sur un cas d'adénomes sébacés à forme ulcéreuse. Unité des affections comprises sous le nom d'adénomes sébacés, nævi vasculaires, verruqueux, etc., par MM. HALLOPEAU et LEREDDE. (Discussion: MM. HALLOPEAU, LEREDDE, DARIER, MOTY, E. BES-NIER, BARTHÉLEMY.) — Lymphangites ulcéreuses syphilitiques précoces, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. FOURNIER.) - Note sur une hyperkératose palmaire et plantaire localisée aux orifices sudoripares et sur le rôle des orifices glandulaires dans les néoformations épidermiques, par M. HALLOPEAU. - Sur deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales, par MM. HALLOPEAU et J. Monod. — Panaris analgésiques et maux perforants chez un tuberculeux présentant la dissociation syringomyélique et des névrites périphériques multiples, par M. GASTOU. - Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme blennorrhagique par les bains térébenthinés, par M. F. BALZER. (Discussion : M. GALEZOWSKI.)

Erratum.

Dans la communication de MM. Leredde et Perrin, Étude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles, faite à la séance du 20 avril 1895, au paragraphe VI, p. 163, il faut lire, au lieu de : or chez une malade de la salle Henri IV nous avons évalué leur nombre à 2 p. 100..., nous avons évalué leur nombre à 12 p. 100.

Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes.

Par M. DU CASTEL.

Dans ces derniers temps, le professeur Fournier et notre collègue M. Wickham nous ont présenté deux ataxiques atteints d'ulcérations

de la voûte palatine ; il y a lieu, je crois, de rapprocher de ces deux malades celui que j'ai l'honneur de vous montrer actuellement.

Charles D..., 35 ans, dessinateur et musicien, est atteint depuis dix ans de douleurs fulgurantes des membres supérieurs et inférieurs. Depuis un an, il a été atteint à trois reprises différentes de crises gastriques, caractérisées par des douleurs violentes et des vomissements répétés, une fois pendant vingt-deux heures; une autre, pendant trente-quatre heures; la dernière, il y a huit mois, pendant quarante heures.

Pendant trois ou quatre ans, jusqu'à l'année dernière, D... a présenté de

l'incontinence nocturne d'urine.

Il y a trois ans, le malade était pris de fièvre, de gonflement douloureux de toute la face, le lendemain, trois dents, les trois dernières molaires gauches, tombaient spontanément; le malade a gardé le lit pendant une quinzaine de jours, conservant de la fièvre pendant la plus grande partie du temps. Depuis cette époque, la tuméfaction de la face s'est reproduite à plusieurs reprises, sans que le malade fût obligé de prendre le lit, sans qu'il y eût ni douleurs, ni fièvre; chaque fois un certain nombre de dents se détachait comme dans la première crise; toutes les dents du maxillaire supérieur se sont détachées successivement; les dents ne tombaient pas dans l'intervalle des poussées congestives de la face.

Il y a deux ans, des fragments du maxillaire supérieur étaient éliminés par un des orifices correspondant au point d'implantation des dents éliminées. Depuis lors des éliminations analogues se sont répétées à plusieurs reprises. Il y a une dizaine de jours, un fragment de trois centimètres de longueur environ était éliminé par un orifice qu'on peut encore constater au niveau de l'arcade dentaire supérieure droite; c'est un fragment d'os nécrosé, poreux, sur lequel on ne retrouve plus les cavités alvéolaires; en un point, on découvre une concavité lisse qui nous semble correspondre

à la partie la plus déclive du sinus maxillaire.

En examinant la cavité buccale, on constate que toutes les dents supérieures sont tombées; la gencive est le siège d'une ulcération superficielle, indolente, qui, à droîte, se prolonge depuis la région de la canine jusqu'à la partie postérieure du maxillaire; à sa partie la plus avancée, existe une large ouverture béante; c'est par elle que le dernier séquestre a été éliminé. A gauche, une ulcération analogue existe et commence un peu plus en arrière. Du même côté, on sent la pointe d'un séquestre sur le point d'être éliminé.

Le maxillaire inférieur est normal et encore garni de ses dents.

La pupille est contractée, paresseuse, s'accommode faiblement pour la vision à distance, se contracte lentement sous l'influence de la lumière artificielle.

Les réflexes patellaires sont plutôt exagérés.

L'existence de douleurs fulgurantes, de crises gastriques, de troubles urinaires nous permettent, je crois, de considérer notre malade comme atteint de tabes à la période préataxique; je dois dire que je n'ai pu relever chez lui d'antécédents syphilitiques. Quant aux accidents dont il a été atteint du côté du maxillaire supérieur, je me demande s'il n'y a pas lieu de les rapprocher des arthropathies tabétiques, qui sont aussi des accidents de la période préataxique et qui elles aussi peuvent avoir leurs poussées aiguës; je me demande si les accidents observés chez notre malade ont leur origine dans l'articulation alvéolo-dentaire ou dans un trouble nutritif de l'os maxillaire lui-même analogue aux ostéites raréfiantes tabétiques.

Ce qui me semble intéressant à relever, c'est la brusquerie de la première apparition des accidents, la chute presque immédiate des dents après la première poussée inflammatoire; la répétition de ces poussées inflammatoires. La chute] des dents ne s'est pas passée ici avec l'indolence, avec l'indifférence signalée par quelques auteurs comme caractérisant la chute des dents chez les ataxiques; celle-ci apparaît, au contraire, comme la conséquence, comme une complication des poussées inflammatoires à répétition se passant au niveau du maxillaire.

M. Fournier. — Ce malade est intéressant à divers points de vue. Tout d'abord, il est curieux de constater que dans ce cas, comme dans les nôtres, le système nerveux de la face ne paraît pas intéressé; on ne relève, en effet chez ce malade ni masque tabétique, ni douleurs fulgurantes de la face. En second lieu, les poussées fluxionnaires qui ont accompagné la chute des dents nous semblent avoir une grande analogie avec ces cedèmes parfois si considérables qui s'associent aux arthropathies tabétiques. En troisième lieu, l'examen histologique du séquestre nous paraît nécessaire; il montrera sans doute que la chute des dents est subordonnée à une ostéoporose primitive.

0

n

9

M. Barthélemy. — J'observe actuellement un malade qui a des douleurs fulgurantes dans la tête et le masque tabétique, mais il n'est pas atteint d'altérations dentaires.

Traitement de la pelade.

Par M. SABOURAUD.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société un procédé thérapeutique de la pelade auquel m'ont amené quelques considérations de clinique et d'anatomie pathologique :

1º La pelade est une maladie essentiellement récidivante, récidivante dans la moitié des cas environ;

2° ll est avéré désormais que ce n'est pas une maladie du cheveu, mais une maladie téqumentaire.

Tous les exemples connus de maladie sous-épidermique ou dermique dans lesquels l'épiderme est conservé, poussent dans ce cas le médecin à détruire préalablement la couche cornée de l'épiderme s'il veut que les médicaments appliqués aient une action directe sur les parties malades, car l'épiderme corné est un vernis d'une imperméabilité presque parfaite.

Je place donc sur la plaque peladique une couche de vésicatoire liquide et le lendemain, après avoir abrasé sa phlyctène, je fais sur le chorion mis à nu une application de nitrate d'argent au quinzième.

J'ai poursuivi l'étude de ce traitement depuis six mois sur une centaine de malades en essayant concurremment les divers autres traitements préconisés contre la pelade. Il m'a semblé que cette cautérisation sur un vésicatoire abrasé donnait des résultats nettement supérieurs à ceux que fournissent les autres traitements, spécialement des résultats beaucoup plus rapides.

Six mois d'observation ne suffisent pas pour savoir si ce traitement met plus que les autres à l'abri des récidives; ce que je puis affirmer seulement, c'est la rapidité de ses résultats et leur excellence.

Deux cas de mélanodermie addisonnienne.

Par J. DARIER.

Je vous présente deux malades du service de M. Besnier, que j'ai l'honneur de suppléer en ce moment. Ils sont atteints tous deux d'une mélanodermie des plus accentuées; ils présentent des nuances importantes soit dans l'état de pigmentation de leurs téguments, soit dans les symptômes concomitants; et cependant je crois qu'on peut les considérer comme appartenant au même type morbide.

Oss. I. — Le premier, Joseph G..., âgé de 17 ans, pourrait, à ne considérer que la couleur de sa peau, passer à bon droit pour un nègre ou tout au moins un mulâtre. Et pourtant il est originaire de Caen en Normandie, fils unique d'une mère à cheveux châtains, d'un père à cheveux noirs, mais tous deux de peau blanche; ceux-ci sont vivants et bien portants.

Lui-même n'aurait eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 10 ans. A ce moment, il fut pris d'une diarrhée qui paraît avoir été importante et avoir duré un certain temps puisque le malade en a conservé le souvenir. Jusqu'à ce moment la coloration de sa peau n'avait rien présenté d'anormal. A partir de cette époque il a commencé à brunir; c'est certainement au niveau de la région génitale que cette coloration a apparu tout d'abord; lorsqu'il allait au bain froid, ses petits camarades le plaisantaient sur cette particularité.

Presque en même temps ou peu après ce furent les mamelons, puis la ceinture qui changèrent de couleur. La face et les mains elles-mêmes prirent d'abord une teinte jaunâtre, puis peu à peu plus foncée.

Cette pigmentation a donc progressé d'une façon tout à fait lente et continue; le malade affirme qu'elle a encore sensiblement augmenté depuis un an ou deux.

Jusqu'au moment de son entrée dans le service, c'est-à-dire jusqu'au commencement de février, elle ne s'est accompagnée d'aucun autre trouble morbide, d'aucune manifestation locale ou générale qui ait éveillé l'attention du malade. Il a pu travailler de son métier jusqu'à cette époque et ne vient consulter qu'à cause de la couleur de sa peau qui le fait remarquer.

A l'entrée, le diagnostic ne pouvait donc pas être précisé : c'était une mélanodermie impossible à classer.

Actuellement l'examen physique et fonctionnel du malade donne les résultats suivants :

Il s'agit d'un jeune homme de taille normale pour son âge, bien constitué et très vigoureusement musclé; les reliefs des membres sont certainement plus accusés que chez la plupart des garçons de 17 ans. Les cheveux, la barbe naissante, et les poils du pubis et des aisselles sont d'une couleur très foncée, presque noirs; ils auraient foncé sensiblement depuis six ou sept ans; les iris sont d'un bleu sombre avec marbrures brunâtres.

La coloration d'un brun foncé des téguments varie un peu suivant les régions; dans son ensemble, la teinte tire plus sur le rouge ou le jaune que

sur le bleu; elle est donc plutôt bronzée qu'ardoisée.

6

e

e

e

e

S

-

ıt

ıt

ıt

r

ıi

S

S

i-

u

x

n

e

ir

à

A

u

e

Les parties les plus sombres sont la verge, le scrotum et les mamelons qui sont franchement noirs; la teinte noire s'étend en se dégradant un peu au périnée, au pli interfessier et aux deux plis fessiers. En seconde ligne, comme degré de pigmentation, vient la ceinture qui est d'un brun chocolat, ainsi que la ligne « blanche » de l'abdomen, puis le cou. Le tronc, les membres sont un peu plus clairs; les plis articulaires des membres sont relativement plus clairs que les surfaces d'extension correspondantes. La face est d'un brun assez uniforme et cela jusqu'au cuir chevelu; quelques taches plus sombres sur le front paraissent répondre à des cicatrices de traumatismes anciens.

Les mains et les pieds sont beaucoup plus pigmentés sur leur face dorsale que sur les surfaces palmaires et plantaires dont l'épiderme corné est épais et à peine teinté de bistre ; les ongles ont une teinte très légèrement jaunâtre.

Les parties qui sont relativement les plus claires sont les oreilles, les régions palmaires et plantaires, et les régions claviculaires. Nulle part une limite tranchée ne sépare les régions de nuance différente; le passage de l'une à l'autre est graduel.

Il n'y a sur la peau que deux cicatrices, au niveau de la ceinture, toutes deux plus noires que le fond; elles résultent de biopsies pratiquées par

l'interne du service, au moment de l'entrée du malade.

On trouve une quinzaine de nævi pigmentaires tout à fait punctiformes sur les deux côtés de la face. Il y en a plusieurs autres sur le tronc et les membres; les plus importants sont sur l'avant-bras gauche et sur le scapulum droit, un peu saillants, du volume d'un pois ou d'un haricot.

La muqueuse buccale offre de nombreuses taches pigmentées qui ont une teinte grisâtre. Il n'y en a pas sur la langue qui est normale ainsi que le pharynx; mais les gencives sont marquées un peu partout de taches ardoisées à bords diffus; il y en a aussi quelques-unes sur le bord rosé des lèvres et sur les joues, au voisinage des commissures de la bouche. Les conjonctives et la muqueuse préputiale sont normales.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal à l'examen physique : le cœur, les vaisseaux, les poumons, le foie et la rate, l'estomac et le tube digestif sont explorés sans qu'on ait à relever le moindre signe pathologique. Les ganglions sont normaux dans toutes les régions où ils sont accessibles.

J'insiste particulièrement sur l'intégrité des poumons à leurs sommets; la sonorité y est parfaite, le murmure respiratoire tout à fait pur. Le malade n'accuse du reste aucun trouble fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire, ni toux, ni dyspnée, ni crachats. Le pouls bat 80 fois à la minute.

Les urines examinées à plusieurs reprises ont toujours été à peu près normales comme quantité. La dernière analyse faite par M. Milliet, interne en pharmacie, donne les résultats suivants :

Quantité, 1,300 gr.; aspect trouble; dépôt abondant; l'urine filtre difficilement; densité 1016; matières fixes à 100°, par litre 33 gr. 50; urée 16 gr. 39; acide urique 0,335; chlorures 12 gr. 25; phosphate 1 gr. 22 par litre. Ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire. Au microscope: cellules épithéliales et leucocytes.

Malgré le bon état apparent de toutes les fonctions, il est vraiment remarquable que le malade ait, depuis trois mois que nous l'observons, presque toujours été valétudinaire.

Peu de temps après son entrée, il s'est plaint de douleurs lombaires vagues, siégeant dans la région des reins, comparables à une courbature; elles n'ont jamais complètement disparu depuis lors. Puis ce sont des troubles digestifs; l'appétit est médiocre; il a vomi quelquefois; la constipation est habituelle et à plusieurs reprises il a fallu administrer un laxatif. D'autres fois, survenait une diarrhée passagère. On a noté de la fièvre qui, au mois d'avril, a duré trois jours et a atteint 40°; on en a trouvé, il est vrai. l'explication dans une amygdalite avec exsudat pultacé.

En outre, on constate chez ce jeune homme un affaiblissement général qui contraste avec l'état florissant de sa musculature. Il se lève régulièrement; pendant une douzaine de jours, on l'a envoyé travailler au jardin; il n'a pas pu continuer, se trouvant trop fatigué; on l'occupe dans la salle, mais il ne pourrait faire un ouvrage pénible. Quand on explore sa puissance musculaire, on constate qu'on peut lui fléchir l'avant-bras ou la jambe, ou étendre ces parties, malgré sa résistance. En serrant dans ses mains un dynamomètre, il amène environ 30 kilog. au premier essai; mais les épreuves successives donnent chaque fois une diminution de 4 ou 5 kilog.; les efforts paraissent donc l'épuiser rapidement (1). La

⁽¹⁾ Des tracés ergographiques et dynamographiques que je dois à la grande obligeance de M. Féré, montrent nettement l'épuisement rapide de la force musculaire et l'impuissance du malade à produire un effort soutenu.

sensibilité est intacte; les réflexes rotuliens sont normaux. On ne remarque pas d'abattement, ou de torpeur intellectuelle notable.

Une investigation soigneuse permet donc de découvrir chez ce garçon, à côté de la mélanodermie : des douleurs lombaires, quelques troubles digestifs et une fatigue musculaire contrastant avec son aspect vigoureux.

Oss. II. — Un simple coup d'œil jeté sur le second malade montre aussitôt qu'il est beaucoup plus gravement atteint; il est moins pigmenté, mais très affaibli, amaigri, et fébricitant; je l'ai fait apporter devant vous sur un brancard.

t

e

F... est un homme de 28 ans, imprimeur de son état (1). Sa mère est dans un asile d'aliénés depuis son retour d'âge; son père est sain; deux frères sont morts de convulsions en bas âge. Lui-même a eu à 13 ans une fièvre muqueuse; à 26 ans, une blennorrhagie qui a duré un mois et à laquelle il rapporte la pigmentation cutanée survenue peu après. A 27 ans il s'est marié et a un petit garçon de 15 mois bien portant.

La maladie actuelle a débuté il y a un an et demi; des camarades ont fait remarquer au malade que son teint devenait jaune; cette coloration s'est accentuée dans la suite au point de devenir jaune brunâtre, puis brunâtre; elle s'accuserait par l'exposition au soleil, les temps humides au contraire la feraient pâlir. En même temps que la pigmentation survinrent des troubles digestifs, des coliques, des vomissements faciles et des crises de diarrhée.

Au mois de mars 1895 le malade dut quitter son travail; il avait considérablement maigri depuis sept ou huit mois; il commença à souffrir d'un affaiblissement général, de frissons, de malaise dans les membres avec sensations de froid, puis de chaleur aux extrémités. L'appétit disparut, la diarrhée augmenta, les coliques étaient fréquentes; pas d'autres douleurs d'ailleurs. Il y avait une tendance continuelle au sommeil. La médication employée consista en sous-nitrate de bismuth, bicarbonate de soude, et régime lacté partiel.

Le 26 avril le malade fut admis à la salle Devergie, no 7. On nota l'aspect suivant: Les cheveux et la barbe, plutôt clairsemés, sont châtain foncé sans modification récente de leur couleur. Toute la face est couverte d'un masque bronzé, de coloration un peu plus foncée au niveau des régions sous-orbitaire et autour de la bouche. Il est tout à fait singulier de voir que la pigmentation ne commence sur le front qu'à deux ou trois centimètres de la lisière du cuir chevelu et se limite nettement de ce côté par une ligne légèrement sinueuse; au-dessus la peau a une teinte pâle, blafarde, sans qu'on puisse affirmer cependant qu'elle soit plus blanche que normalement, comme dans le vitiligo. On a l'impression d'un hâle limité par un couvre-chef; le malade se couvre ordinairement d'une casquette quand il sort, mais il ne va guère au grand air. Cette limitation de la pigmentation a existé dès le début.

Le cou a une teinte brunâtre uniforme.

Le thorax est relativement respecté à sa face antérieure ; mais à partir

⁽¹⁾ Observation rédigée sur les notes de M. Gorgon, stagiaire très zélé du service, que je remercie ici.

de l'épigastre, la coloration brune reprend peu à peu et s'accuse particulièrement au niveau des régions iliaques et de la ceinture. Les organes génitaux et les mamelons sont bruns; la région périnéale, le pli interfessier sont assez foncés. A la face postérieure du tronc la coloration est aussi plus accusée au-dessous de la région lombaire qu'au-dessus.

Les membres supérieurs n'offrent une teinte un peu foncée qu'au bord antérieur de l'aisselle, aux coudes qui sont en même temps un peu ichtyosiques et surtout sur le dos des mains. Les faces palmaires des mains et des doigts sont jaunâtres, mais les plis de flexion y sont dessinés par des lignes brunes. Les ongles paraissent blancs, par le contraste de leur coloration normale avec la teinte sombre de la peau avoisinante.

Les membres inférieurs sont peu atteints, brunâtres seulement au niveau des creux poplités et des cous-de-pied; il y a de l'onycho-

gryphose des ongles des orteils.

En outre de ces variations régionales de couleur, dont les limites sont dégradées et diffuses partout, sauf au front, il y a sur chaque bras trois taches presque noires correspondant aux cicatrices d'une revaccination qui a été pratiquée avec succès en décembre dernier. Les cicatrices de la vaccination faite dans la première enfance ne sont nullement plus colorées que la peau avoisinante.

Il y a aussi plusieurs nævi pigmentaires sur l'aisselle, l'épaule, les lombes, dont une tache grande comme une amande sur la cuisse droite;

deux petits molluscum pendulum sur le dos.

La muqueuse buccale offre de nombreuses macules; la muqueuse des lèvres, surtout de l'inférieure, est toute tachetée de brun et de gris. La langue et les gencives sont respectées, mais sur les joues à partir des commissures et sur le palais le long du raphé et jusqu'au voile, on remarque des rangées de taches à bords diffus et souvent confluentes.

L'état général du malade, déjà précaire au moment de son entrée, s'est encore aggravé depuis. Il était assez maigre, pesait 54 kilog. et a encore maigri. Il est d'une faiblesse extrême, ne peut quitter son lit, et c'est avec effort qu'il se dérange quand on veut l'examiner. La pression des mains marque à peine quelques kilog. au dynamomètre. Les réflexes rotuliens normaux au début, sont très manifestement diminués aujourd'hui.

On constate chez lui des troubles viscéraux très importants du côté

surtout de l'appareil digestif et de l'appareil pulmonaire.

L'anorexie est complète, on ne sait que lui faire manger; souvent il est pris de vomissements bilieux; il a des coliques et ces derniers temps une diarrhée rebelle avec huit ou dix selles journalières. L'abdomen est plutôt rétracté, le foie normal; la rate donne une matité de 8 centim.

Les urines peu abondantes donnent à l'analyse, faite par M. Milliet, le

résultat suivant :

Quantité, 350 gr.; couleur jaune rouge, limpide; dépôt floconneux; réaction acide; densité 1021; matières fixes à 100°, par litre 42 gr.; urée, 30 gr. 50; acide urique, 0,396; chlorures, 7 gr. 50; phosphate, 1,40 (tous ces chiffres sont rapportés à 1000 gr.); pas d'albumine, de sucre ni de pigments biliaires; au microscope, phosphate de chaux en grande quantité. Ce sont des urines de dénutrition.

Le cœur est normal et bat 96 pulsations. Il y a de la fièvre; la température oscille entre 38 et 39°.

Le malade tousse et expectore des crachats muco-purulents, non teintés de sang, abondants. Les poumons donnent une matité très nette, surtout à droite; de ce côté il y a de gros râles humides aux deux temps; à gauche, une inspiration un peu rude à timbre élevé; quelques ronchus sonores dans toute l'étendue des poumons en arrière. On en peut conclure à l'existence d'une tuberculose à l'état de ramollissement au sommet droit.

Enfin le malade se plaint de bourdonnements dans l'oreille gauche et l'ouïe est sensiblement diminuée de ce côté.

Chez ce second malade, le diagnostic ne saurait faire l'objet d'une contestation; il s'agit d'une maladie d'Addison caractérisée par ses symptômes cardinaux : mélanodermie, asthénie profonde, troubles digestifs, douleurs (ces dernières toutefois relativement peu accu-sées).

Il y a en même temps chez lui une tuberculose pulmonaire qui semble en évolution rapide; a-t-elle précédé l'apparition de la méla-nodermie? dans le cas actuel on ne peut guère être affirmatif sur ce point; il semble au contraire que les lésions pulmonaires soient consécutives, ou peut-être ne se sont-elles démasquées que récemment.

Mais l'histoire dans son ensemble est assez classique; le seul point que je relèverai est relatif à la pigmentation. Les parties les plus colorées sont, comme d'ordinaire, les régions découvertes, face, cou et dos des mains; en seconde ligne, celles qui normalement sont riches en pigment. Il n'y a de remarquable que l'intégrité relative du thorax et l'intégrité absolue d'une bande frontale qui est nettement limitée du côté du masque facial. Ainsi que Brault le relève dans son article du Traité de médecine, c'est là une apparence qui n'est pas signalée dans un grand nombre d'observations, mais qui n'a pas échappé à Addison. Celui-ci signale que quelquefois « certaines régions de la peau présentent une couleur plus claire d'un blanc mat, comme si elles avaient été préservées et se détachaient par contraste sur les parties voisines; d'autres semblent privées du pigment normal ». C'est donc une disposition curieuse qui peut se rencontrer dans la maladie bronzée, laquelle est riche en particularités singulières et inexpliquées.

Le premier malade, au contraire, est moins classique. Chez lui la pigmentation est généralisée, mais variable suivant les régions; ce ne sont pas les parties découvertes qui sont les plus foncées, mais les organes génitaux, la ceinture et les parties avoisinantes; c'est à leur niveau que le changement de coloration a débuté. Il n'y a pas dans cette distribution une anomalie bien importante.

Bien plus remarquable est la longue durée de la mélanodermie

VIII

s

t

d

u

S

e

u

nt

s

a

S

S

3;

S

a

es

st

re

ec

as

as

té

st

ne ôt

le

x:

e,

us

de

n-

chez ce jeune homme et le retard de l'apparition de tout autre symptôme.

On sait que la teinte bronzée peut être le symptôme initial, quoique ce ne soit pas la règle. On a noté qu'elle peut précéder de 15 mois les autres accidents (Martineau). Mais ici elle dure depuis sept ans! Cela doit-il faire mettre en doute le diagnostic de maladie d'Addison? Je ne le pense pas, pour deux raisons: aucune des autres formes de mélanodermie, qu'il me paraît superflu d'énumérer ici, ne peut être en cause dans ce cas et il faudrait créer un type nouveau; puis le syndrome addisonnien vient récemment de se compléter ou tout au moins de s'indiquer sous nos yeux par l'apparition d'une asthénie relative, de trouble digestif et de douleur lombaire.

Il me semble donc qu'on peut conclure que le type de la maladie d'Addison comporte des variations symptomatiques plus larges encore qu'on ne l'admet généralement : qu'en ce qui concerne la mélanodermie, elle peut, comme le disait Addison, réserver certains territoires, qu'elle peut aussi précéder les autres manifestations pendant une période de sept ans (1).

M. E. Besnier. — Il est fort remarquable que les deux malades présentés par M. Darier aient des nævi mélaniques. Cette pré-existence de nævi mélaniques indique que, chez ces deux sujets, la fonction pigmentaire était déjà troublée constitutionnellement. Il y aura donc lieu à l'avenir de signaler l'existence ou l'absence des nævi chez les addisonniens.

M. Barthélemy. — La pigmentation tégumentaire est une fonction nucléocellulaire sur laquelle on est encore loin d'être fixé. Elle est très inégalement distribuée selon les races et selon les sujets dans une même race. Elle n'est solidaire ni du développement pileux ni du degré de force et de résistance des sujets. Tous les cas méritent l'attention des observateurs.

Il y a un certain nombre de maladies générales dont les troubles de la fonction pigmentogène sont les symptômes habituels et presque caractéristiques, mais un des malades de M. Fournier a présenté par le seul fait de la phthiriase une mélanodermie si accentuée et si généralisée, même aux points non pigmentés, qu'on n'aurait pas pu d'emblée la distinguer d'une mélanodermie addisonnienne. Suivant les sujets, une même cause peut exciter plus ou moins vivement la fonction pigmentogène et produire une

(1) Dix jours après la séance, le malade de l'obs. II a succombé avec des symptômes d'asthénie croissante, de la diarrhée incoercible, du collapsus cardiaque et du délire les derniers jours. A l'autopsic, on a trouvé le sommet du poumon droit inflitré de tubercules ramollis, le reste de l'organe et l'autre poumon sains. La capsule surrénale droite, un peu augmentée de volume, présente de nombreuses masses caséeuses et un petit abcès; la capsule surrénale gauche semble normale, mais sera examinée avec soin; les nerfs splanchniques, les ganglions semi-lunaires, le plexus solaire paraissent intacts à l'œil nu. Plusieurs ganglions lymphatiques rétro-pancréatiques sont caséeux. On n'a trouvé de lésions tuberculeuses en aucun autre point du corps. Pas de lésions macroscopiques dans le cerveau et la moelle épinière.

suractivité nucléo-cellulaire: la grossesse, la syphilis sont parmi les causes qui réagissent le plus fréquemment de cette manière. Mais ce n'est pas toujours sur les sujets naturellement les plus pigmentés, les plus bruns du moins, que ces effets se manifestent. Il semble, par exemple, que la syphilide pigmentaire n'est pas moins fréquente chez les blondes que chez les brunes.

10

es

3 !

1?

le

re

le

au

ie

ie

re

P-

s,

ne

és

evi

ait

de

éo-

le-

ce.

de

rs. la

té-

ait

ine

eut

ine

mpdu nfilsule

8988

xus éa-

oint

En mettant de côté la syphilide pigmentaire ovalaire du cou, caractéristique de la syphilis secondaire (par trouble trophique, sans éruption préalable), et en ne parlant que des mélanodermies en placards géographiques plus ou moins étendus, on est frappé de la ressemblance qu'il peut y avoir entre les hyperpigmentations de la grossesse et de la syphilis. Et pourtant, dans ces cas, les grossesses semblent évoluer normalement et le sang de la femme grosse n'ètre pas plus toxique que celui de la voisine chez laquelle aucun trouble pigmentaire trophique n'aura été produit par la grossesse. Ces effets semblent donc tenir plus à la disposition du sujet qu'à la maladie elle-même. Chez ces sujets prédisposés aux pigmentations, la moindre cause peut en produire, une éruption médicamenteuse, un vésicatoire, un cataplasme trop chaud ou un sinapisme un peu violent, un traumatisme, une irritation habituelle, soit comme le grattage des phthiriasiques, soit comme la malpropreté chez certaines femmes sans soin quand elles sont atteintes de vulvo-vaginite, de folliculites, de végétations, comme dans cette photographie par exemple, où les cuisses et les fesses sont par l'embonpoint souvent au contact les unes des autres. Une compression prolongée peut avoir des effets analogues : telle l'action du corset ou des ceintures chez certaines femmes. Et pourtant cette même cause, banale par excellence, peut avoir des effets tout opposés selon les sujets : habituellement le corset cause de la pigmentation en ceinture ; mais voici une photographie chez laquelle il y a une décoloration, une leucodermie en ceinture due à ce genre de compression chronique, sans qu'on puisse soutenir qu'il s'agisse vraiment de vitiligo ni de nævus.

M. Hallopeau. — Quel est le traitement qui a été institué par M. Darier?

M. Darier. — Je tenterai l'injection de suc des capsules surrénales. Des résultats assez encourageants ont été déjà obtenus par cette méthode sur plusieurs malades.

M. Du Castel. — Pour apprécier l'effet de ce traitement, il ne faut pas oublier que l'évolution de la maladie d'Addison est parfois coupée par des rémissions spontanées.

Sur un lupus érythémateux chez un sujet tuberculeux.

Par M. DANLOS.

Je vous présente une jeune femme atteinte de lupus de Cazenave à forme d'érythème centrifuge, remarquable par sa marche rapide et

surtout par la préexistence d'antécédents bacillaires personnels, et celle d'un lupus vulgaire chez un frère. Outre son lupus, la malade portait, au moment de son entrée, des lésions symétriques des mains et des oreilles, au sujet desquelles se posait une question de diagnostic délicat entre le lupus et l'érythème pernio. On pouvait se demander s'il n'y avait pas coexistence de deux variétés du lupus érythémateux : érythème centrifuge aux joues; lupus pernio aux mains et aux oreilles. Les renseignements sur l'évolution, joints à l'amélioration extrême survenue en quelques jours, sans aucun traitement, par le seul fait du repos et de l'élévation de la température, semblent trancher la question en faveur d'un simple érythème.

Voici maintenant l'observation de cette malade, rédigée par M. SICARD, interne du service.

Gabrielle A..., 21 ans, domestique (originaire de la Manche).

Antécédents héréditaires. - Mère bien portante. Père mort d'une maladie de cœur. Trois sœurs et quatre frères.

Les trois sœurs bien portantes.

Parmi les frères, il en est un âgé de 22 ans qui, depuis son tout jeune âge, est atteint d'une affection chronique de la peau, occupant les deux joues et ayant rongé le nez, vraisemblablement lupus tub. ulcéré.

Antécédents personnels. - La malade passe son enfance à la campagne (village de Vicel, Manche), jusqu'à l'âge de 15 ans, en promiscuité conti-

nuelle avec son frère lupique.

Dans sa jeunesse, sujette à de la gourme, mais surtout, dès son plus tendre âge, engelures tenaces, rebelles, persistant environ du mois de septembre-octobre, au mois d'avril-mai; engelures ayant siégé d'abord aux mains, comme aux pieds, mais n'occupant plus, dans ces dernières années, que les mains, et parfois, certains hivers, les oreilles au niveau de l'hélix et du lobule.

A part cela, bonne santé générale, lorsqu'en janvier 1891 (la malade avait 17 ans), apparaissent au niveau de l'extrémité inférieure (partie antéro-interne du tibia droit), sans aucune cause extérieure, de petites nodosités rouges, livides, au dire de la malade, indolentes, abcédant au bout d'un mois, s'ulcérant et suppurant durant une année, et laissant à leur place des cicatrices superficielles, légèrement rouges, un peu pigmentées.

Traitement. - Poudre jaune non odorante, de nature inconnue.

Rien de nouveau jusqu'en septembre 1893, époque à laquelle surviennent des glandes (adénites sous-parotidiennes droites), en même temps que l'on constata à l'hôpital Cochin, une bronchite suspecte pour laquelle on donna à la malade de l'huile de foie de morue créosotée. Pas d'hémoptysie. Les glandes n'ont pas abcédé, mais l'on retrouve nettement les traces de leur tuméfaction ancienne dans la région cervicale supérieure droite.

Enfin, il y a trois mois (et trois mois seulement au dire de la malade), apparition presque simultanément sur les deux joues de taches rougeâtres, arrondies, qui progressèrent, s'étendirent, et amènent la malade à Saint-

Louis, le 3 mai 1895, et l'on constate actuellement :

Joues. — Deux placards en forme d'ailes de papillon, à centre d'apparence cicatricielle, lisse, blanchâtre, à auréoles périphériques érythémateuses, avec très légères squames minces, mais adhérentes.

Nez. — Légère tache rougeâtre, arrondie, partie gauche du lobule

Oreilles. — Ilots cicatriciels des deux côtés, mais plus marqués à droite, au niveau du bord supérieur de l'hélix et du lobule de l'oreille.

Examen négatif au niveau des muqueuses soit nasale, soit buccale et du cuir chevelu.

Mains. — Plaques rouges violacées, luisantes, à contours mal définis, occupant tous les doigts, avec gonflement sous-cutané, et mollasses.

Auscultation. — Reste négative pour les poumons et le cœur.

Urines. - Sont chargées en urates.

Pas d'albumine. Pas de sucre.

Règles irrégulières. Dysménorrhée.

M. LEREDDE. — Il y aurait intérêt à rechercher par l'inoculation au cobaye si les lésions érythémateuses des mains et des oreilles ne sont pas aussi de nature tuberculeuse.

M. Danlos. — Ces érythèmes se sont modifiés si rapidement que l'hypothèse d'engelures développées sur un terrain scrofuleux me paraît la plus vraisemblable.

Sur un cas d'adénomes sébacés à forme scléreuse. Unité des affections comprises sous le nom d'adénomes sébacés, nævi vasculaires verruqueux, etc.

Par MM. HALLOPEAU et LEREDDE.

Les lésions décrites par MM. Balzer et Ménétrier dans les adénomes sébacés, d'autre part, celles qu'a observées M. Darier dans les nævi vasculaires verruqueux, ne paraissent avoir rien de commun entre elles, et cependant les affections vues par ces auteurs ont, au point de vue clinique, d'étroites connexions, déjà mises en évidence par Pringle.

L'observation suivante peut être invoquée en faveur de cette manière de voir, car on y constate simultanément des altérations qui rappellent les deux états morbides.

Br..., 38 ans.

S

ľ

ŧ

n

S

Le début de l'affection cutanée pour laquelle le malade vient se faire soigner à l'hôpital remonte à l'enfance, dit-il ; les lésions de la face à l'âge de dix ans, celles de la région lombaire à l'âge de quatre ans. Mais il n'est pas bien sûr de n'avoir rien eu auparavant; tout ce qu'il affirme c'est qu'elles se sont accrues lentement, et que depuis une vingtaine d'années elles sont stationnaires.

a) A la face on voit, sur les deux tiers inférieurs du nez et la partie adjacente des joues des saillies, tantôt confluentes, tantôt séparées par de légères dépressions où l'on peut distinguer des orifices sébacés dilatés. La dimension des saillies varie; sur le nez elles n'ont souvent que le volume d'une tête d'épingle, sur la face elles s'étalent, s'aplatissent, ont souvent des contours polygonaux, et leur volume n'atteint jamais celui d'une lentille. L'épiderme paraît aminci et distendu, leur surface, à cela près normale. L'ensemble des lésions a une teinte rosée persistante. Au doigt, elles sont dures, résistantes. Sur l'aile gauche du nez on voit en deux points de petites varices capillaires.

Sur la partie externe des joues et sur le front, on voit des lésions analogues, mais isolées les unes des autres, peu nombreuses et à peine sail lantes.

b) L'affection revêt à la face une absolue symétrie. Elle est non moins remarquable si l'on envisage les lésions lombaires. Celles-ci dessinent un triangle à base très allongée, qui occupe toute la largeur du dos, immédiatement au-dessus des fesses, à sommet supérieur rachidien distant de 7 ou 8 centimètres de la base.

Quand le malade se tient debout on voit une masse saillante, divisée par des plis longitudinaux; on peut prendre cette masse entre les doigts, la détacher des plans profonds: elle fait corps avec la peau. Celle-ci est sèche, pigmentée d'une teinte sale, sans la moindre apparence de vascularisation.

A la périphérie de cette masse apparaissent en grand nombre des éléments isolés qui en font comprendre la formation. Ces éléments sont plus gros que ceux de la figure; ils ont en général les dimensions d'un pois, ils sont extrêmement durs, bien distincts les uns des autres quoique au contact, sauf à la limite extrême de la masse, où ils tendent à devenir plus indépendants. Sur le bord inférieur, ils sont flétris; l'épiderme peut être plissé à leur surface, l'aspect se rapproche ainsi de celui qu'on observe fréquemment dans le molluscum.

c) Une masse de beaucoup plus petit volume, n'ayant guère comme dimension que la moitié de la paume de la main, s'observe sur la région dorsale, immédiatement en arrière de l'aisselle droite. Elle est allongée dans le sens des espaces intercostaux.

Les éléments qu' la forment sont moins saillants qu'à la région lombaire, rarement ils sont au contact; comme à la région lombaire, leurs caractères essentiels sont la dureté, l'absence de toute vascularisation, l'indépendance des plans sous-cutanés.

d) Il en est de même d'un groupe de lésions qui s'observe à la partie supérieure et postérieure de la fesse droite, et d'un deuxième qu'on voit plus bas, sur la cuisse. Ici les éléments tendent à s'individualiser davantage et ne forment pas une masse cohérente. Sur la partie latérale de la fesse droite on voit deux nævi pigmentaires. Le reste de la peau est sain, sauf sur les faces antérieure et postérieure

du thorax où l'on note quelques cicatrices d'acné.

Le malade présente une histoire pathologique assez curieuse. Depuis quatre ans il souffre de crises nerveuses revenantà intervalles irréguliers. Elles ont tous les caractères de l'épilepsie; leur début est brusque, se fait souvent la nuit: le malade perd connaissance et tombe, il s'agite alors violemment, lui a-t-on dit. Il revient à lui lentement, oublieux de tout ce qui a précédé l'attaque. Quelquefois il s'est mordu la langue mais jamais n'a présenté d'incontinence d'urine ou des matières fécales. On ne relève chez lui aucun stigmate hystérique.

Cette épilepsie tardive est d'une interprétation difficile.

Mais notre malade a été soigné par M. Fournier pour une perforation palatine dont il porte la cicatrice. Et depuis six mois on le soigne, dans l'hypothèse de syphilis héréditaire; il prend de l'iodure de potassium. Simultanément les caractères de l'épilepsie se sont modifiés, il n'y a plus maintenant d'attaques, mais des absences, sans vertiges, de courte durée; il a de temps à autre des idées délirantes.

Pour fixer le diagnostic, il était nécessaire de pratiquer l'examen histologique. Deux biopsies superficielles furent faites à la face, et une troisième, profonde, enleva un des éléments périphériques de la masse lombaire.

Fixation par le sublimé acétique.

e

r

ls

1-

18

re

ve

ne

on

ée

m-

irs

in-

tie

roit

age

Une des saillies enlevées à la face contient des glandes sébacées, serrées les unes sur les autres. La structure en est normale, il est rare d'y voir, même à la périphérie des noyaux en karyokinèse et des cellules migratrices interépithéliales. Les glandes cohérentes sont séparées par de minces faisceaux conjonctifs, denses. En un point seulement on voit des lésions dégénératives, un kyste ovalaire légèrement bilobé, où on ne distingue que de vagues tractus fins.

Le tissu dermique est refoulé vers l'épiderme par les amas glandulaires. Il est en état de sclérose évidente, sans altération inflammatoire; autour

des glandes, des vaisseaux, en abondance normale, y persistent.

Les coupes présentent une dépression épidermique centrale; sur un des côtés on ne trouve pas trace de glandes sébacées, mais des lésions inflammatoires formées de petites cellules lymphatiques et de cellules conjonctives proliférées. Le fond est formé par du tissu conjonctif scléreux; parmi les vaisseaux on note quelques veines dilatées.

L'épaisseur de l'épiderme est réduite surtout au centre, les papilles et les cônes interpapillaires ont tout à fait disparu. La structure du corps muqueux n'est pas modifiée, on n'y voit pas de cellules migratrices. Mais le stratum granulosum est altéré, ses cellules sont plates et se colorent d'une teinte homogène, où on ne distingue plus de grains d'éléidine,

beaucoup ont perdu leur noyau.

La deuxième petite tumeur enlevée à la face ne contient aucun élément sébacé, elle est formée d'un tissu scléreux, recouvert lui-même par l'épiderme, privé comme dans la lésion précédente de cônes interpapillaires, semblant refoulé, distendu par la prolifération conjonctive sousjacente. La structure de la lésion lombaire est également très simple. Le derme y est formé, même au niveau des papilles, de faisceaux connectifs très épais; les vaisseaux sont peu nombreux, et réduits de calibre. Des cellules plates peu nombreuses, à noyau lamellaire, marquent la limite des faisceaux. En un point seulement on voit les restes d'un follicule pileux, mais nulle part d'éléments sébacés.

L'épiderme est mince; les couches profondes du corps muqueux sont très pigmentées. De très longs et très étroits cônes interpapillaires isolent

les papilles les unes des autres.

Ainsi on ne trouve nulle part de prolifération vasculaire. La lésion commune est la sclérose conjonctive; quel qu'ait été le processus initial, on a affaire évidemment à une réaction cicatricielle. A la face seulement, une des tumeurs offre quelques analogies avec les lésions décrites par MM. Balzer et Ménétrier, et nous permet de donner à notre observation le titre d'adénomes sébacés. Cependant, des différences notables existent. Dans l'observation de MM. Balzer et Ménétrier, la prolifération glandulaire est intense, on note la présence de tubes épithéliaux végétants; parmi les glandes, beaucoup dégénèrent et déterminent des kystes nombreux. Dans notre cas, la prolifération glandulaire est peu marquée, les glandes gardent leur structure normale, à part la présence d'un kyste; mais comme nous l'a fait remarquer M. Darier, ce fait est commun à la face, sur le nez et les joues.

Examinons maintenant le malade dans son ensemble, au point de vue clinique. Les lésions lombaires, celles de la fesse et de la région dorsale remontant à l'enfance comme celles de la face, ne sont pas susceptibles d'un autre diagnostic que celui de nævi. La coexistence

est de règle (Pringle-Besnier).

On trouve ainsi chez le même malade des altérations de nature distincte, les unes purement vasculaires et conjonctives, les autres portant sur les glandes sébacées. Y a-t-il là une simple coïncidence? On ne peut guère le supposer, d'autant mieux que, nous allons le voir, on trouve tous les intermédiaires entre les deux ordres d'altérations.

Il en est ainsi dans l'observation de Pringle (1). Cet auteur considère les adénomes sébacés comme une affection congénitale, et indique l'association habituelle d'autres lésions nævoïdes, verrues, molluscum, nævus vrai, troubles de la pigmentation. Enfin, il note la tendance de l'affection, dans certains cas, à disparaître lentement en laissant des cicatrices atrophiques, le développement de tissu fibreux est donc un élément de la maladie, qui devient l'élément essentiel dans notre cas.

M. Darier aussi a remarqué (2) l'hypertrophie fibreuse; mais le

⁽¹⁾ PRINGLE. A case of congenital adenoma. Anal. in Ann. Dermatologie, 1890.

⁽²⁾ DARIER. Société de Dermatologie, novembre 1890. Cas de nævi vasculaires verruqueux de la face.

fait saillant de son observation est la présence de vaisseaux excessivement dilatés, de lacs sanguins; les glandes sébacées sont normales. Pour lui, l'affection est bien distincte de l'adénome sébacé de Balzer, qui se rapproche des épithéliomes tubulés bénins.

L'un de nous (1) cependant, se demandait si en multipliant les examens on ne trouverait pas la coexistence des altérations télangiectasiques et des lésions sébacées : la même question se pose, chez notre malade, pour les lésions scléreuses et sébacées.

Cliniquement, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, de nombreux intermédiaires unissent toutes ces formes, et le diagnostic, dans le cas où il y a à la fois des tumeurs non vasculaires, et des télangiectasies, hésite toujours entre le type Balzer-Ménétrier et le type Darier. Il est curieux, à ce point de vue, d'étudier les moulages de l'hôpital Saint-Louis qui représentent ces lésions. Les uns sont groupés sous l'étiquette « Adénomes », quelques-uns sous l'étiquette « Nævi », mais parmi les premiers, certains offrent toutes les transitions avec les autres.

On remarque ainsi parmi les adénomes sébacés des cas sans dilatation vasculaire, sans stase sanguine, le moulage 1044 (adénomes sébacés, Fournier 1051), et le 1169 (adénomes sébacés, Balzer 1861).

Mais on voit auprès d'eux, deux moulages où l'élément vasculaire prend une importance : nº 1291, montré également sous le nº 1384 (adénomes sébacés miliaires télangiectasiques, Hallopeau 1887), et le nº 1732 (adénomes sébacés, Quinquaud). Sous l'étiquette générale « Nævi » on trouve un moulage, nº 1502, appartenant à M. Besnier, qui meten évidence l'unité de l'affection (nævi angiomateux, verrues molles, endothéliomes, adénomes sébacés, nævi sébacés, télangiectasiques, etc... avec télangiectasies et lentigo et coexistence d'autres nævi, molluscum particulièrement, chez un idiot épileptique âgé de 17 ans). Enfin il faut étudier le nº 1170, où la dilatation vasculaire devient l'élément le plus apparent (Vidal : nævi vasculaires et papillaires chez un homme de 18 ans ayant de nombreux nævi plats sur la région dorsale). Sur ce moulage même, quelques points présentent le type des lésions saillantes, aplaties, qu'on voit dans l'adénome sébacé.

e

S

e

e

rn

S.

i-

ie

n,

le

es

s.

le

En résumé, il s'agit, suivant nous, d'une maladie qui n'a pas toujours les mêmes apparences cliniques, ni même microscopiques, mais dont les caractères essentiels sont : le début dans l'enfance, la symétrie des altérations faciales, leur forme lobulée et dont l'aspect varie suivant que l'élément sébacé, l'élément fibreux, l'élément vasculaire prennent la prédominance.

De nouveaux et plus nombreux examens seront nécessaires pour

⁽¹⁾ HALLOPEAU. Discussion de la communication de M. DARIER. Société de Dermatologie, novembre 1890.

déterminer si, comme l'un de nous tend à le croire, il ne s'agirait pas constamment d'adénomes sébacés dont les éléments glandulaires pourraient rétrocéder et passer au deuxième plan par suite de la prolifération exubérante des éléments conjonctifs ou vasculaires.

La coexistence de nævi sur le tronc y est de règle, et il est habituel d'observer, comme chez notre malade, des troubles du système nerveux, variables aussi dans leur expression clinique, mais ayant pour trait commun une dégénérescence : épilepsie, idiotie, trouble psychique variés, etc.

M. Barthéleny. — Les faits qu'on vient de nous montrer me frappent par leur disposition symétrique et leur développement sur le département du trijumeau qu'on désigne familièrement sous le nom de zone-papillon. Beaucoup de ces faits ont toutes les allures du nævus et sont liés à ces lésions congénitales, même si elles se développent plus ou moins long-

temps après la naissance.

Mais j'ar pour l'instant en observation une jeune dame, hystérique nettement, sans nævus, mais offrant des troubles gastriques depuis de très longues années. Sous l'influence de ces troubles gastriques et de la violente congestion cutanée si souvent répétée qu'elle est devenue chronique dans la zone-papillon, des poussées d'acné se sont développées, très intenses, presque confluentes, et presque subintrantes pendant la durée de grossesses très rapprochées les unes des autres. Or, pendant la dernière grossesse, il s'est fait sur la joue une plaque asymétrique de taches télangiectasiques qui offrent si nettement les caractères objectifs des adénomes sébacés télangiectasiques que je ne peux pas donner d'autre diagnostic : ce sont de petites lésions rouges, saillantes, isolées les unes des autres, luisantes, groupées, exclusivement localisées dans les glandes sébacées, de la souffrance et de l'altération desquelles elles sont les témoins. Il y a certes des réserves à faire sur le diagnostic ferme, mais je constate une plaque de télangiectasie acquise ou secondaire développée dans les follicules sébacés depuis longtemps irrités et malades.

M. Hallopeau. — D'accord avec Pringle, je considère les cas décrits par MM. Balzer et Ménétrier sous le nom d'adénomes sébacés et par M. Darier sous celui de nævi télangiectasiques comme étant de même nature. On trouve des dilatations vasculaires sur tous les moulages. Ils sont seulement plus ou moins prononcés suivant les sujets.

M. Darier. - Je me range au même avis.

M. Mory. — J'ai eu l'occasion de présenter à la Société de chirurgie un malade atteint de varices lymphatiques du pli de l'aine gauche; la lésion s'étendait par plaques décroissantes jusqu'à 10 ou 15 centim. au-dessous du pli de l'aine; elle était nettement lymphangiectasique sur certaines plaques. Sur d'autres, elle était verruqueuse et présentait les plus grandes analogies avec la lésion du malade de M. Darier; dans mon observation le champ visuel était très rétréci, la lésion était congénitale et je ne pouvais l'attribuer qu'à une hystérie congénitale; j'ai vu depuis assez

souvent des lésions polymorphes de mêmes caractères être l'expression manifeste d'une hystérie plus ou moins apparente.

M. Leredde. — Notre malade est épileptique ou hystéro-épileptique; il porte, en outre, une cicatrice palatine qui est peut-être le reliquat d'une syphilis héréditaire.

M. E. Besnier. — Le malade que j'ai observé était un épileptique franc. La difformité cutanée n'est, dans ces cas, que l'expression d'une maladie générale.

M. HALLOPEAU. — Pringle avait déjà noté la coıncidence de troubles intellectuels.

Lymphangites ulcéreuses syphilitiques précoces.

Par M. DU CASTEL.

Georges B..., 28 ans. Jamais d'affection syphilitique antérieure. Il y a un mois, apparition sur le dos du fourreau d'une ulcération, qui existe seule pendant une quinzaine de jours. Après cette époque, apparition d'une seconde ulcération plus en avant; trois ou quatre jours après, apparition d'une troisième ulcération dans l'intervalle des deux premières. La première ulcération est arrondie, recouverte de la croûte noire, qui appartient au chancre syphilitique; la plus avancée est nettement arrondie, recouverte d'un enduit diphtéroïde, entourée d'un bourrelet d'induration très accusée et nettement surélevé. L'ulcération médiane est ovalaire, de couleur rouge foncé, sans croûte, ni recouverment diphtéroïde; il est probable qu'elle a été excoriée par un frottement récent. Dans la région inguinale droite, il y a tuméfaction indolente des ganglions.

Sur les bourses, on voit deux petites cicatrices lisses, à base légèrement indurée, qui se sont produites il y a une quinzaine de jours; il y aurait eu dans cette région, production de petits boutons (?) qui se sont cicatrisés rapidement. Je n'insisterai pas sur ces lésions dont il me paraît bien difficile d'affirmer la nature d'après les anamnestiques et par l'examen de la cicatrice. Je ne m'arrêterai qu'à l'étude des ulcérations du

prépuce.

Faut-il considérer ces trois ulcérations comme des chancres syphilitiques primitifs? Je suis bien tenté de dire que non. Je crois que le chancre apparu le premier doit être considéré comme un chancre syphilitique vrai; des deux ulcérations ultérieures, je serais tenté de faire des lymphangites ulcéreuses précoces plutôt que d'y voir le resultat d'inoculations syphilitiques multiples successives ou ayant évolué avec une rapidité inégale.

D'inoculations successives, il ne peut être question chez notre malade qui en est à ses débuts et n'a encore eu de rapports avec la même femme qu'une seule nuit. Nous sommes donc réduit à nous rejeter du côté d'une inoculation de durée fort inégale de chancres inoculés à la même époque. J'avoue que cette rapidité inégale de développement de chancres inoculés à la même époque, dans une même région, ne me satisfait pas entièrement l'esprit. Je croirais bien plus volontiers qu'il s'agit de lymphangites syphilitiques aboutissant à une ulcération précoce. Le malade que je vous présente, n'est pas une exception; il n'est même qu'un exemple atténué d'un type morbide. De loin en loin, nous voyons les malades présenter un chancre syphilitique type; quelques jours, une dizaine de jours se passent et dans les régions avoisinantes, successivement, à deux ou trois jours de distance les uns les autres, deux, trois, quatre, un plus grand nombre d'ulcérations se développent successivement, ulcérations à aspect chancriforme, et dont l'ulcération la plus antérieure de notre malade présente un type bien net. Ces ulcérations sont souvent précédées de douleurs dans la région où elle doit apparaître; elles ne sont jamais très volumineuses; elles ont généralement un centimètre environ de diamètre, elles sont nettement arrondies, quelquefois ovalaires, quand elles sont situées au niveau d'un pli. Ces ulcérations peuvent être en nombre considérable, douze, quinze et même plus.

M. Fourner. — Je crois que, dans un grand nombre de cas, des ulcérations chancriformes sont d'origine lymphatique. Un homme porte un chancre glando-préputial érodé; quelques jours après, un ou deux noyaux durs et secs se développent au voisinage; si le malade ne prend pas les soins de propreté qu'exige son état, ces noyaux s'exulcèrent et offrent un aspect identique à celui d'un chancre syphilitique. Mais je ne crois pas que cette pathogénie soit applicable dans le cas présent; les chancres indurés multiples ne sont pas rares. La période d'incubation est d'autant plus longue que le virus a été déposé plus profondément. Cette remarque s'applique aussi à d'autres maladies infectieuses. Si vous faites dix piqûres vaccinales sur le bras d'un enfant, toutes les pustules n'apparaîtront pas le troisième, quelques-unes ne se montreront que le cinquième, le sixième et même le quinzième jour : c'est la vaccine retardataire.

Sur une hyperkératose palmaire et plantaire localisée aux orifices sudoripares et sur le rôle des orifices glandulaires dans les néoformations épidermiques.

Par M. H. HALLOPEAU.

M. Besnier, et nous-même, dans un travail en collaboration avec M. Paul Claisse, avons fait connaître une variété d'hyperkératose limitée aux régions plantaires et palmaires et ayant manifestement pour point de départ les orifices sudoripares dilatés.

En voici un nouvel exemple:

Si l'on examine les paumes des mains de M^{me} R..., on constate qu'elles sont dans toute leur étendue indurées : la peau y donne au toucher une sensation de rudesse ; l'épiderme y est manifestement très épaissi ; il forme au niveau du pli de flexion des doigts un bourrelet saillant, d'aspect corné ; ce bourrelet s'élève d'environ 4 millim. au-dessus des parties voisines ; l'épaississement de l'épiderme est également très prononcé au niveau des sillons normaux de la région ; un examen attentif permet de reconnaître que cet épaississement est surtout marqué au pourtour des orifices sudoripares dilatés ; leur dépression est squameuse ; un bourrelet induré les entoure ; on note également des squames dans les sillons normaux.

Aux plantes des pieds existent des altérations tout à fait semblables : l'épiderme y présente partout, à l'exception du tiers moyen, un épaississement d'aspect corné et de coloration jaunâtre ; les orifices sudoripares y sont également dilatés ; leur dépression centrale atteint par places 3 millim. de diamètre ; l'épiderme y desquame ; leur pourtour est plus dur et plus épais que les autres parties atteintes ; ces orifices sont manifestement le point de départ des altérations. Il existe enfin un léger degré de parakératose sous-unguéale.

Contrairement à ce que l'on observe chez cet autre malade qui occupe depuis plusieurs années un lit dans notre salle Bazin, et qui est atteint de la même dermatose, il n'y a pas, chez M^{mo} R..., d'hypercrinie sudorale,

sans doute parce que les altérations y sont plus généralisées.

Notons enfin qu'il se produit fréquemment, chez cette personne, des phénomènes d'asphyxie locale; elle éprouve alors la sensation de doigt mort; il est peu vraisemblable qu'il existe une relation entre ces troubles et les altérations épidermiques, car ces dernières font régulièrement défaut dans les cas les plus graves de cette asphyxie locale.

M^{me} R... assure que son affection cutanée a débuté tardivement, car elle a le souvenir très net qu'à l'âge de vingt ans elle avait la peau des

mains remarquablement douce et souple.

n

it

S

e

et

·S

d

à

re

1e

re

is

18

S.

a-

ın

1X

es

un

as

es

nt

ue

lix a-

ne.

:08

ec

ose

ent

Les altérations épidermiques que nous venons d'indiquer ressemblent à tous égards à celles qui ont été signalées antérieurement par M. Besnier et par nous-même; il n'est pas douteux, malgré l'absence d'un examen histologique qui ne peut être pratiqué, que les glandes sudoripares ne soient intéressées à un haut degré chez cette malade; les orifices glandulaires dilatés ne peuvent, en effet, appartenir qu'à ces glandes puisqu'il n'y en a pas d'autres dans les régions atteintes.

M. Mibelli a décrit, sous le nom de porokératose, une affection très analogue à celle-ci par ses caractères cliniques et liée également à une altération des canaux sudoripares, mais elle en diffère en un point important, nous voulons parler de la localisation des lésions: les faces palmaires et plantaires y sont en effet indemnes; la dermatose occupe surtout les faces dorsales des pieds et des mains, le côté de l'extension des membres, le cou, la face et le cuir chevelu; aussi, malgré l'identité du siège histologique, ne croyons-nous pas

devoir ranger et assimiler ces faits à ceux qui font l'objet de ce travail non plus qu'aux cas analogues publiés antérieurement.

La localisation des altérations squameuses au pourtour des orifices sudoripares n'est qu'un cas particulier d'une règle générale que nous formulerons ainsi qu'il suit : les orifices glandulaires sont le plus souvent le point de départ et le siège d'élection des proliférations épidermiques ; c'est à leur niveau que l'on observe surtout, et en premier lieu, la desquamation et que celle-ci atteint son plus haut degré: ce fait est de toute évidence, non seulement dans l'hyperkératose palmaire et plantaire dont il a été question dans cette présentation, mais dans le pityriasis rubra pilaire, dans beaucoup de cas de psoriasis, si ce n'est dans tous, dans les eczémas séborrhéiques, dans les syphilides squameuses, dans le lichen plan, dans la dyshidrose, dans l'ichtyose et enfin, comme on pourra le constater chez une malade que nous aurons dans un instant l'honneur de vous présenter avec M. J. Monod, dans le lupus érythémateux. Ajoutons que, d'après une remarque de M. le professeur Berger (communication orale), on voit souvent, dans la cicatrisation des plaies superficielles de la peau, les orifices glandulaires devenir le point de départ des îlots de formation épidermique, tout comme le font les greffes.

Il y a là un ensemble de faits dont la signification ne nous paraît pas douteuse: l'exactitude de la proposition formulée ci-dessus en ressort en toute évidence: nous nous proposons de revenir prochainement sur cette question qui nous paraît, à un haut degré, digne d'intérêt.

Nous avons vu qu'il ne s'agit pas chez notre malade d'une dystrophie congénitale; nous considérons cependant sa dermatose comme une forme de nævus, c'est-à-dire comme le résultat d'un trouble de nutrition et d'évolution d'origine embryonnaire.

Sur deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales.

Par MM. H. HALLOPEAU et JACQUES MONOD.

Le lupus érythémateux occupe le plus souvent le visage, il envahit fréquemment le cuir chevelu et il peut, exceptionnellement, intéresser les mains, et en particulier les doigts où il simule les engelures. Ce qui est rare, c'est de constater, comme on peut le faire chez les deux malades qui font l'objet de cette communication, l'absence, totale chez l'une d'elles, presque complète chez l'autre, de lésions de la face. Tandis en effet que, chez toutes deux, il y a de nombreuses plaques d'alopécie, le visage est, chez l'une d'elles, complètement indemne et tout s'y réduit, chez l'autre, à deux petits îlots lenticulaires placés

symétriquement sur le milieu des joues. Chez celle-là, les paumes des mains sont en outre, dans toute leur étendue, le siège d'une coloration rouge pâle avec aspect cicatriciel; on y voit de nombreuses dépressions dont les plus grandes atteignent deux millimètres de diamètre; celles-ci correspondent pour la plupart, si ce n'est toutes, aux orifices sudoripares. Conformément à la règle formulée par l'un de nous, il y a de l'hyperkératose et de la desquamation à leur niveau; les plis physiologiques sont également squameux, sans doute parce que les glandes sudoripares y sont très nombreuses.

Ajoutons enfin que ces régions sont le siège d'un prurit intense.

Panaris analgésiques et maux perforants chez un tuberculeux présentant la dissociation syringomyélique et des névrites périphériques multiples.

Par M. GASTOU.

Le malade dont il est question présente, après une dissociation syringomyélique, une hyperesthésie intense et surtout un retard de la sensibilité au niveau des extrémités des membres. La présence de troubles trophiques des extrémités : panaris analgésiques et maux perforants, et des troubles sensitifs, fait penser à la lèpre.

A l'autopsie : tuberculose pulmonaire, typhlite ulcéreuse tubercu-

leuse, méningite tuberculeuse.

il

S

S

S

S

n

ıt

1-

le is e,

er

n

u,

r-

ît

n

i-

ne

0-

ne

le

hit

er

Ce

ux

ce.

ies

ne

és

L'examen histologique des nerfs au niveau des maux perforants a montré des lésions de névrite parenchymateuse sans névromes lépreux et surtout sans bacilles de Hansen.

Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme blennorrhagique par les bains térébenthinés.

Par F. BALZER.

Comme toutes les affections difficiles à guérir, le rhumatisme blennorrhagique a inspiré de nombreuses méthodes de traitement. Cette richesse thérapeutique n'est qu'apparente et trop souvent nous sommes désarmés devant les cas rebelles. Dans ce court travail je ne mentionnerai que les moyens que j'emploie à l'hôpital du Midi et plus spécialement les moyens de traitement local.

Il est, en effet, reconnu d'une manière unanime que le traitement général reste souvent sans résultat. Le salicylate de soude réussit quelquefois, mais échoue souvent aussi et quand il a échoué, on voit souvent les autres agents de traitement général éprouver le même sort.

L'immobilisation des jointures est toujours à recommander, d'autant plus qu'on l'associe à diverses applications topiques qui rendent de grands services. Il faut citer notamment la compression ouatée avec application d'onguent mercuriel, telle que l'a recommandée M. Lucas-Championnière. Nous avons obtenu des résultats meilleurs encore de l'application des pommades salicylées et surtout de la pommade de Bourget (de Lausanne) : acide salicylique et térébenthine, äā 10 grammes, pour 100 grammes d'axonge.

Enfin, depuis près d'un an nous employons très fréquemment les bains chauds térébenthinés en les associant avec les autres médications locales et avec le traitement général. Ces bains nous ont paru plus actifs que les bains sulfureux si fréquemment prescrits dans le rhumatisme. On peut utiliser pour ces bains térébenthinés l'ancienne formule du bain antirhumatismal de Smith:

Essence de térébenthine	100	gr
Essence de romarin	10	_
Carbonate de soude	500	-
Eau	1000	

Mais j'ai employé de préférence la formule plus simple de Howard Pinkney qui donne un bain très bien fait :

Émulsion de savon noir	200 gr.
Essence de térébenthine	100 -
Agiter le mélange au moment de préparer le bain.	

Je ne viens pas ici comparer la valeur de ces bains térébenthinés à celle des bains de vapeur thermo-résineuses ou des bains de vapeur térébenthinés qui, soit sous forme de bains généraux, soit sous forme de bains locaux, peuvent rendre les plus grands services et se montrer supérieurs aux bains térébenthinés. Mais on ne peut contester l'intérêt pratique que présentent ces derniers à cause de l'extrême commodité de leur emploi dans la clientèle aussi bien qu'à l'hôpital.

Pour le bain général le dosage est très variable, depuis 200 grammes jusqu'à 500 grammes du mélange. Il faut toujours tâter la susceptibilité de la peau du malade et n'augmenter les doses que progressivement. Pour le bain local du membre supérieur ou du membre inférieur on peut prescrire des doses relativement plus élevées. Aux effets du mélange térébenthíné s'ajoute l'effet de la chaleur du bain qu'il faut prescrire aussi chaud que possible surtout pour le bain local. Nos malades ont pu supporter des températures de 40°, 42° et même 45°. Pour les bains généraux la température de 40° n'a pas été dépassée.

Les effets de ces bains généraux sont assez constants. Le malade ressent promptement une cuisson plus ou moins vive avec picotements sur toute la surface de la peau, et surtout au niveau du scrotum. Cette sensation de cuisson est extrêmement variable suivant la susceptibilité individuelle. Certains malades ne supportent pas plus de 100 à 150 grammes de mélange dans leur bain, tandis que d'autres, comme nous l'avons dit, en supportent jusqu'à 500 grammes. La durée du bain est de 10 minutes à un quart d'heure. Au bout de ce temps la peau est entièrement rouge, chaude, et la sensation de chaleur et de cuisson dure souvent plus d'une heure après le bain. La peau garde pendant longtemps une forte odeur de térébenthine.

Pour le membre supérieur le bain se donne facilement dans une cuvette ou dans une poissonnière. Pour le membre inférieur nous avons fait construire une petite baignoire en zinc dans laquelle l'eau peut remonter jusqu'au milieu de la cuisse. Il faut pour ces bains de 50 à 100 grammes du mélange, suivant la quantité d'eau et la susceptibilité

individuelle.

3

r

e

3-

e

-

a

9

X

n

n

Nous avons traité à l'aide de ce bain tous les cas de rhumatisme blennorrhagique entrés dans le service, en tout 26 malades, depuis dix mois. Bien entendu, ce traitement par la balnéation n'est commencé que lorsque les phénomènes aigus ont cessé, et lorsque depuis plusieurs jours la température est à 37°. Des soins particuliers pour éviter les refroidissements sont pris pour les malades qui prennent le grand bain; le bain local est donné dans la salle, au lit des malades.

Les bains ont toujours été bien tolérés, sans irritation cutanée. Certains malades en ont pris cependant un assez grand nombre, dix

à quinze en moyenne, et quelques-uns plus de trente.

Tous les malades ont retiré des avantages de ce traitement. Le plus grand nombre a guéri complètement sans autre traitement local. Nous avons vu notamment céder rapidement un rhumatisme du poignet avec gonflement considérable des gaines tendineuses, un cas de rhumatisme du cou-de-pied très rebelle, et qui avait résisté aux autres modes de traitement, plusieurs cas de rhumatisme du genou, et de rhumatisme polyarticulaire.

Pour d'autres cas le traitement par les bains, sans qu'on puisse dire qu'il ait été inutile, n'a pas eu d'effet bien manifeste et a été combiné avec l'emploi d'autres moyens locaux, tels que la compression ouatée avec l'onguent salicylé. Les deux traitements étaient alternés tous les

quatre ou cinq jours.

En somme, tous nos malades atteints de rhumatisme polyarticulaire ou monoarticulaire sont sortis guéris du service, à l'exception d'un seul qui est sorti par indiscipline sans attendre la guérison.

Plusieurs fois nous avons vu des effets remarquables de ces bains et nous avons vu des articulations dégagées après un ou deux bains seulement. Mais ce mode d'action rapide est d'un jugement difficile dans tous les rhumatismes d'une manière générale, d'autant plus que nos malades en même temps que les bains prenaient tous tantôt du salicylate de soude, tantôt de l'antipyrine. C'est pourquoi avant de parler de notre expérience sur ce mode de traitement nous avons voulu attendre un temps suffisant et une statistique relativement élevée. Si nous n'avions publié que nos premiers résultats, nous aurions apporté ici un rapport enthousiaste; une observation plus prolongée nous a refroidi, mais sans nous faire méconnaître les bons côtés d'une médication simple, commode et peu coûteuse.

Aujourd'hui, nous croyons que ce moyen de traitement peut prendre une place modeste, mais cependant honorable à côté de ceux dont nous usons habituellement. Il est d'une grande simplicité dans son application et pourra suppléer aux bains de vapeur sulfureux et balsamiques que l'on ne peut pas toujours prescrire aux malades.

Nous n'avons appliqué jusqu'ici ces bains qu'avec l'essence émulsionnée de térébenthine, mais peut-être pourrait-on obtenir des effets plus énergiques encore en mélangeant l'émulsion avec un bain sulfureux ou en l'additionnant d'acide salicylique.

On conçoit qu'il est facile de varier ces sortes d'essais, de les multiplier avec des substances très diverses, soit pour le traitement du rhumatisme, soit même pour le traitement des affections cutanées.

De Galezowski. - Je suis heureux d'entendre l'intéressante communication du Dr Balzer sur le rhumatisme blennorrhagique et sur son traitement, car cela me permet de rapporter ici l'histoire d'un cas très intéressant d'iritis blennorrhagique double accompagné d'une sclérite et d'un rhumatisme de l'épaule gauche. Il s'agissait d'un homme âgé d'une quarantaine d'années, en apparence fort et vigoureux, qui n'a jamais été malade et n'a été atteint que d'une blennorrhagie grave et très prolongée vers la fin de l'année dernière. Jamais il n'avait eu d'accidents syphilitiques. Cette iritis a été on ne peut plus violente, avec des poussées d'inflammation tellement graves et douloureuses, que j'étais obligé à plusieurs reprises de recourir à l'application des sangsues aux tempes. L'atropine et la pilocarpine ont été instillées alternativement sans grand succès, de même que les frictions mercurielles aux tempes. Chose digne de remarque, c'est que l'inflammation des yeux diminuait toutes les fois que l'articulation était prise davantage et vice versa. Le fond de l'œil était sain et ne présentait aucun phénomène syphilitique.

La maladie s'est prolongée pendant plus de deux mois, et la guérison n'a été obtenue qu'à partir du moment où j'ai administré au malade le salicylate de quinine à la dose de 0,60 centigr., mélangé avec 0,50 centigr. de salol par jour.

Le secrétaire,

E. JEANSELME

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

Į,

1

é

t

é

X

S

S

it

8.

1-

9-

s-

a• té

ée

i-

n-

rs la

ne

st

é-

on

le

ŗr.

REVUE DE DERMATOLOGIE

Dermatite exfoliatrice. — Ono. Sulle dermatiti esfoliatrici generalizzate. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, mars, juin et septembre 1894, p. 84, 203 et 426.)

Nous avons déjà (Annales de dermatologie, 1892, p. 312) résumé ce travail lors de sa présentation au Congrès de l'Association médicale italienne. Nous n'avons donc actuellement qu'à signaler sa publication in extenso: il constitue une importante contribution à l'étude d'une question toujours controversée.

Georges Thibierge.

Ergotisme. — Schwartz. Deux cas d'ergotisme gangréneux. (Rousskaïa Medicina, 1895, nº 1.)

Un enfant de 12 ans est entré à l'hôpital avec la gangrène des orteils du pied gauche, l'engourdissement des orteils du pied droit, avec œdème et rougeur diffuse des deux membres jusqu'aux genoux. On a d'abord pensé à la gangrène symétrique des extrémités. Expectation; pour calmer les douleur on a prescrit la pommade à la cocaïne.

Le lendemain se présenta à l'hôpital le frère du petit malade, âgé de 21 ans, avec des symptômes évidents d'ergotisme : marche titubante, fourmillement, engourdissement des doigts, contractures musculaires, etc. L'interrogatoire a montré que les autres membres de la famille et plusieurs voisins sont atteints de la même affection. Les deux malades furent traités par la nitro-glycérine. L'aîné est sorti guéri après quatre jours de ce traitement. Chez le plus jeune les douleurs se sont calmées dès le troisième jour, la jambe droite est redevenue normale. A gauche, la gangrène s'est étendue et a nécessité une opération de Pirogoff.

S. Broïdo.

État de la peau chez les tuberculeux. — Schtangueieff. Modifications de la peau chez les tuberculeux. (Rousskaïa Medicina, nº 41, 1894.)

L'auteur a eu à observer deux cas :

I. — Une malade, 30 ans, était atteinte de tuberculose pulmonaire aiguë et de tuberculose laryngée avec aphonie. La malade était très émaciée et affaiblie, elle avait une fièvre constante (40°), un état demi-typhoïde. Rapidement se développèrent des ulcérations tuberculeuses confluentes de la gorge, du palais, de la muqueuse des joues, recouvertes d'un enduit blanchâtre analogue au muguet. En même temps se montra un érythème intense du cou, rappelant l'érysipèle ou la scarlatine qui s'est rapidement étendu, en avant jusqu'aux creux sous-claviculaires, en arrière jusqu'aux

fosses sous-épineuses. L'éruption a persisté jusqu'à la mort de la malade, c'est-à-dire quinze jours environ.

II. — Chez un autre malade tuberculeux est survenu, quelques semaines avant la mort, un érythème du pied gauche, avec gonflement œdémateux et sensation de chaleur. Il y avait en même tomps une hyperhémie constante de l'oreille et de la joue du même côté. La lésion pulmonaire siégeait aussi à gauche. Le maximum de rougeur et de gonflement du pied coïncidait avec le maximum de la fièvre.

Depuis, l'auteur a commencé à observer plus attentivement la peau des malades atteints de tuberculose pulmonaire et il a souvent observé, surtout dans les formes aiguës, deux ou trois semaines avant la mort, outre le pityriasis et la miliaire ordinaires, des taches éphémères de la peau, analogues à celles qu'on observe dans la diphtérie et la rougeole. L'état marbré de la peau est encore plus fréquent.

S. Broino.

Traitement du favus. — Pirogoff. Behandlung des favus. (Therap. Wochenschrift, 1894, p. 43.)

Ce traitement consiste dans l'emploi de la pommade suivante:

Fleur de soufre	15	gr.
Carbonate de potasse	4	
Poix liquide	50	
Teinture d'iode	50	
Axonge	100	

Après avoir rasé les parties malades, on les recouvre avec la pommade ci-dessus étendue sur de la toile. Au bout de vingt-quatre heures, on enlève avec une spatule les croûtes ramollies, on lave ensuite avec du savon les parties malades et on les recouvre de nouveau avec la pommade. On continue ainsi jusqu'à ce qu'il se produise une desquamation abondante, on applique alors une pommade au zinc et à l'acide salycilique. Cette pommade a une action irritante et antimycosique; de plus, l'iode amène la chute des cheveux, ce qui rend l'épilation inutile. La guérison aurait lieu en deux ou trois semaines.

A. Doyon,

Maladie de Baelz. — T. Broez van Dort. Ein Fall von Baelzscher Krankheit. (Dermatol. Zeitschrift, 1894, t. I, p. 262.)

Sous le nom de maladie de Baelz, Unna a décrit, en 1890, une ulcération des glandes de la muqueuse labiale, sur laquelle le professeur Baelz, de Tokio, avait appelé l'attention. Depuis l'observation d'Unna on n'avait rien publié sur cette affection. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas dont voici le résumé: Il s'agit d'une femme de 30 ans, célibataire, atteinte depuis deux mois d'une ulcération des lèvres. La maladie a commencé par une petite papule, non douloureuse, assez épaisse, qui, au bout de quelques jours, commença à s'ulcérer, à s'étendre peu à peu à la périphérie et en profondeur L'ulcère était localisé au milieu de la moitié gauche de la lèvre supérieure, dans la muqueuse. La forme était ovale;

les bords rouges, peu tuméfiés, assez tranchés, en quelques points recouverts de croûtes, à la limite supérieure un peu décollés, mais non dentelés. Le fond de l'ulcère était recouvert d'une substance jaune, assez adhérente. Pas de douleurs ni spontanément, ni à la pression. Les parties entourant l'ulcère étaient infiltrées. La moitié gauche de la lèvre supérieure était tuméfiée et un peu en ectropion. Pas d'engorgement des ganglions de la région maxillaire. La malade a fréquemment des amygdalites. Pas d'antécédents héréditaires.

X

it

1-

es

r-

re

u, at

de

on

du

de.

ite,

e la

ieu

her

tion

, de

vait un

ire,

omoout

éri-

oitié

ale;

L'auteur discute ensuite, très en détail, le diagnostic différentiel de cette lésion d'avec un accident syphilitique primaire, une lésion syphilitique tardive, un chancre simple, un ulcère tuberculeux ou carcinomateux, et arrive par voie d'exclusion à établir qu'on a affaire à la maladie de Baelz.

Des applications de teinture d'iode amenèrent la guérison en quatre semaines.

A. Doyon.

Transmission de la maladie aphteuse et du piétin à l'homme. -

A. Scheyer. Ueber zoonotische Dermatose und Stomatitis. Ein Beitrag zur Uebertragung der Maul-und Klauenseuche auf den Menschen. (Dermatol. Zeitschrift, 1895, t. II, p. 59.)

La maladie aphteuse et le piétin des animaux sont des maladies infectieuses aiguës. Elles apparaissent de préférence chez le porc, les bêtes bovines, les moutons et les chèvres, plus rarement chez les chevaux, les volailles et le chien.

L'agent infectieux existe soit dans le contenu des bulles et des ulcères, dans la bave, le sang, les sécrétions et les excrétions des animaux malades; soit à l'état volatil, et peut alors infecter en pénétrant avec l'air, par la respiration, en suivant des chemins parcourus par des animaux malades. Jusqu'à présent, on n'a pas réussi à trouver de microbes pathogènes.

Les symptômes de la maladie aphteuse et du piétin sont, chez les animaux, les suivants : au début, fièvre modérée ; bientôt après, il survient une inflammation catarrhale de la muqueuse buccale, avec bave abondante ; apparaissent ensuite sur la face interne de la lèvre antérieure, sur le bord dépourvu de dents de la mâchoire antérieure, à la pointe et sur les bords de la langue, des bulles jaune blanchâtre qui, après leur rupture, laissent des érosions et de légères ulcérations dont la cicatrisation a lieu dans l'espace de trois à six jours. Mais le processus peut gagner l'appareil digestif et y donner lieu aux mêmes éruptions que sur la muqueuse buccale. Cette gastro-entérite fait souvent de nombreuses victimes parmi les veaux qui têtent.

La contagion chez l'homme se fait le plus ordinairement par l'ingestion de lait non bouilli provenant de vaches malades; d'après Bollinger, ce lait est encore nuisible alors même qu'il est mélangé à 9/10 de lait normal ou pris avec du café. L'infection peut encore se produire par le beurre et le fromage préparés avec du lait d'animaux malades; par le trayage, ou par les soins donnés à des animaux malades; enfin indirectement, par des intermédiaires.

Voici, d'après Bollinger, quels sont les symptômes que l'on observe chez l'homme après l'usage du lait infecté: au début, fièvre modérée, céphalalgie, sécheresse de la bouche, rarement des frissons; au bout de trois à cinq jours, élévation plus accusée de la température, vésicules sur les lèvres et la langue, le palais et le pharynx. Après la rupture des vésicules et la chute de l'épithélium, il reste des érosions et des ulcérations. La mastication, la déglutition et la parole sont douloureuses. Les lèvres sont tuméfiées. Presque toujours, cet état s'accompagne de troubles des voies digestives, de catarrhe gastro-duodénal. En même temps, il survient en proportion variable de petites vésicules sur les mains, autour des ongles, ainsi qu'à la racine des doigts. La guérison a lieu en 2 à 3 semaines, d'ordinaire sans lésions unguéales. Parfois, cependant il se produit un onyxis grave avec mortification et chute de l'ongle.

Dans la contagion par le trayage, on observe, outre l'éruption sur les mains ci-dessus décrite, des taches rouges sur les bras et la poitrine, plus rarement un exanthème vésiculeux sur la face, lequel est analogue à la variole.

Pour le troisième mode de contagion, il n'y a pas de symptômes déterminés.

Le diagnostic chez l'homme de la maladie aphteuse ne présente pas de difficultés en raison de l'anamnèse.

Le pronostic est, en somme, favorable, il n'est grave que pour les très jeunes enfants.

Le traitement est purement symptomatique et essentiellement diététique. L'auteur termine son mémoire par l'histoire d'un malade qu'il a eu l'occasion d'observer à la policlinique de M. W. Levy. Il s'agit d'un homme de 43 ans qui travaillait dans une étable oû se trouvaient des vaches atteintes de maladie aphteuse et de piétin. Il avait, pendant 32 jours, trait et soigné des vaches malades.

A. Doyon.

Cas de maladie papulo-ulcérative, folliculaire, hyphomycétique de la peau. — L. A. Duhring et Milton Hartzell. Ein Fall von papulo-ulcerativer, follikulärer, hyphomycetischer Erkrankung der Haut; eine noch nicht beschiebene Krankheit. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1895, t. XX, p. 137.)

Ce cas concerne un garçon de 15 ans, qui vint à l'hôpital de l'université de Pennsylvanie consulter pour une affection située principalement sur l'un des côtés du cou, laquelle présentait le caractère de lésions inflammatoires chroniques, papuleuses et papulo-ulcératives recouvertes de croûtes légères. La maladie existait depuis trois ans. Ces lésions subissaient de temps en temps certaines altérations qui, habituellement au bout de plusieurs mois, se terminaient par une atrophie superficielle de la peau en forme de cicatrices irrégulières, insignifiantes, blanchâtres, ombiliquées.

Cette affection présentait des particularités tont à fait spéciales qui ne permettaient pas de faire un diagnostic précis. La plaque avait plus de ressemblance avec un lupus vulgaire verruqueux peu développé qu'avec

tout autre maladie, et l'indolence, la marche lente de la maladie ainsi que les cicatrices confirmaient cette opinion. Elle n'avait aucune analogie avec l'acné, la kéloïde acnéique, le sycosis ou le sycosis parasitaire. La région occupée par la maladie comprenait les côtés du cou en arrière, surtout le côté droit et à un faible degré les faces de flexion des avant-bras. La plaque située sur le côté droit du cou était de forme irrégulière, ovale, et consistait en nombreuses lésions discrètes et confluentes, adhérentes, irrégulières, rouge foncé, papuleuses chroniques, papulo-squameuses et papulo-croûteuses. On avait ici évidemment affaire à des phases différentes de la maladie. On voyait à côté quelques lésions discrètes, saillantes. En plusieurs points, les lésions étaient groupées en demi-cercle. Au toucher, la région malade était verruqueuse et rugueuse, ce qui tenait à la présence des squames et des croûtes sur la surface de la plupart des lésions. Cet état s'observait surtout dans les périodes avancées de la maladie, et, après leur disparition, on voyait de petits ulcères folliculaires. Ces ulcérations des follicules n'étaient toutefois pas visibles à l'œil nu dans toutes les lésions. Il s'agissait dans ce cas d'un processus destructif superficiel; on le reconnaissait non seulement à la présence des dépressions ombiliquées recouvertes de croûtes minces mais encore aux cicatrices acnéiformes, superficielles, blanchâtres, qui restaient après la guérison des petits ulcères. Toutes ces plaques atrophiées étaient superficielles, mais cependant apparentes et nombreuses, leur circonférence variait de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Au centre de la plaque de la peau, ces cicatrices étaient en grande quantité. Il était facile de reconnaître que l'affection s'étendait à la périphérie mais sans aucune régularité, et que la portion centrale était guérie en partie par la formation d'un tissu cicatriciel. Mais cette extension n'était sous aucun rapport ni nettement limitée ni circonscrite comme dans la teigne circinée; nulle part non plus on ne trouvait d'indice d'une marche serpigineuse. On pouvait toutefois supposer que la maladie pourrait être occasionnée par le développement d'un champignon, peut-être du trichophyton, car Duhring avait observé, il y a plusieurs années, un cas à peu près semblable qui était survenu sur les mains. On reconnut qu'il était provoqué par le trichophyton.

L'examen microscopique de quelques-unes des lésions du cou montra que le réseau muqueux était notablemnet épaissi, la couche papillaire infiltrée de petites cellules rondes et les papilles très hypertrophiées.

Les coupes faites à travers le centre des lésions montraient le réseau notablement épaissi en profondeur, avec une cavité ouverte vers la surface. Cette cavité, qui correspondait à un follicule pileux, contenait une masse hétérogène consistant en cellules rondes, détritus granuleux, épithélium altéré et, ce qui était le plus important, en une quantité considérable de filaments de mycélium et en spores trondes et ovales. Dans quelques préparations, l'épithélium avait disparu au fond de la cavité, et le mycélium avait pénétré dans le chorion et poussait des ramifications entre les fibres. Outre cette grande cavité, il y en avait plusieurs petites qui n'étaient pas en connexion avec la surface, mais renfermaient des champignons et des masses granuleuses. Sur un petit nombre de coupes, on apercevait des filaments isolés de mycélium qui avaient proliféré entre les fibres du

chorion, à une assez grande distance des cavités décrites ci-dessus.

D'une manière générale, le champignon ressemblait au trichophyton,
comme on le rencontre d'ordinaire dans la trichophytie; toutefois, dans le
cas actuel, il était deux à trois fois plus gros.

Les spores avaient un diamètre d'environ 1 p. 2500 de pouce et les filaments de mycélium une épaisseur de 1 p. 4000 à 1 p. 2000 de pouce. Le mycélium était le plus souvent court, dans quelques cas seulement ramifié et articulé; les extrémités généralement épaissies en massue. On ne trouvait que peu de spores; celles de forme ovale étaient les plus nombreuses. Dans les coupes colorées avec l'hématoxyline et l'éosine ainsi qu'avec la solution de Biondi, les parasites prenaient dans le premier cas une teinte rose clair, dans le second lilas rougeâtre, et présentaient un contraste frappant avec le reste du tissu; dans les coupes colorées avec le carmin aluné, les bactéries restaient non colorées et paraissaient comme des spores et des filaments très réfringents.

A. Doyon.

Gangrène diabétique. — G. Crisafulli. Ulcera gangrenosa del prepuzio in uno diabetico. (Riforma medica, 1894, nº 114, p. 458.)

Homme de 42 ans, présentant depuis six mois des symptômes de diabète (fatigue facile, affaiblissement de la vue, vertige, etc.). Les urines renfermaient 66 gr. 66 de glycose par litre avant l'apparition des lésions de la verge. Celles-ci débutent par une petite tache rouge bleuâtre sur la face dorsale du prépuce, tache qui s'étend graduellement sur le fourreau de la verge, jusqu'à atteindre 7 centim. de long sur 1 centim. de large, entourée d'une bordure œdémateuse et rouge; œdème du prépuce; pas de lésion du gland; l'eschare commença à se détacher au bout de deux jours et, au vingtième jour, la guérison était complète. Sous l'influence de la diète carnée, la glycose diminua graduellement et on finit par n'en plus trouver que des traces.

La lésion du prépuce s'était développée en dehors de tout rapport sexuel. L'auteur croit qu'il s'agit d'une gangrène d'origine vasculaire, la lésion artérielle étant sous la dépendance du diabète; il rejette l'hypothèse d'une altération primitive de la peau due au contact de l'urine glycosurique, en faisant remarquer que la partie du prépuce la plus exposée au contact de l'urine était indemne.

Georges Thibierge.

Iodisme. — V. Casoli. Contribuzione allo studio delle eruzioni iodopotassiche. (Commentario clinico delle malattie cutanee e genitourinarie, juin 1994, p. 69.)

Casoli rapporte huit observations inédites d'éruptions dues à l'iodure de potassium et présentant des types très différents : purpura, nodosités, érythème papuleux, forme furonculo-anthracoïde. Le point le plus important de son mémoire est la constatation de l'absence de l'iode dans le contenu d'une pustule, constatation faite au moyen des réactifs chimiques par Zanetti, et des réactifs histo-chimiques par D. Majocchi. L'auteur se base

sur cette constatation négative, pour éliminer la théorie qui attribue les éruptions iodopotassiques à l'élimination du médicament par la peau, mais ne cherche pas à lui en substituer une autre. Malgré tout l'intérêt que présente cette recherche, nous croyons qu'il serait prématuré de se baser sur ses résultats négatifs pour rejeter la théorie de l'élimination médicamenteuse; il se peut, en effet, que l'élimination détermine des lésions cutanées qui, une fois produites, persistent et continuent à donner lieu à la formation de pus, après que le médicament a traversé la peau, de sorte qu'au moment de l'examen, l'iode a disparu; pour être pleinement démonstratives, il eût fallu que ces recherches fussent faites dès le début du développement des lésions cutanées, ce qui n'est pas spécifié par l'auteur.

Georges Thiblerge.

Iodisme. — X. Arnozan. Éruptions bulleuses d'origine iodurique. (Archives cliniques de Bordeaux, 1894, nº 3, p. 136.)

Arnozan rapporte l'observation d'un homme de 50 ans, atteint d'insuffisance aortique qui, après avoir pris en quatre jours 2 gr. d'iodure de potassium, fut atteint d'une éruption bulleuse formant des placards sur les joues et des éléments isolés ou groupés sur le front, la bordure du cuir chevelu, la face dorsale des mains et des doigts. Cette éruption, précédée de bouffées de chaleur à la face, de céphalée violente, de coryza et de conjonctivite intense, de fièvre sans frisson, laissa après elle, sur les joues, un état mamelonné persistant de la peau et fut suivie d'urticaire sur les doigts et de taches purpuriques occupant les fesses et les jambes.

Discutant l'étiologie des éruptions ioduriques, l'auteur pense qu'il faut les attribuer à l'action des iodures sur la paroi interne des vaisseaux, plutôt qu'à une action sur le système nerveux. Dans cette observation, l'insuffisance de l'élimination rénale a facilité le développement de l'érup-

tion.

Arnozan rapporte en outre, à titre documentaire, une observation d'érythème polymorphe traitée par l'iodure de potassium, suivie au bout d'un mois d'une éruption pemphigoïde sur la face dorsale des mains et des pieds; sans en tirer de conclusions fermes, il se demande si, contrairement à l'opinion d'Hallopeau, l'iodure de potassium ne peut pas avoir à longue échéance une influence sur la peau.

Georges Tribierge.

Kéloïde. — J. Schutz. Ein Fall von sogennanten wahren Keloid combinirt mit Narbenkeloid. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, 1894, t. XXIX, p. 25.)

Les kéloïdes vraies sont très rares. On observe en général une kéloïde sur 2,000 à 6,000 cas de maladies de la peau. L'auteur a trouvé chez une jeune femme une récidive d'une kéloïde primitivement vraie en un point typique, sur la poitrine; une kéloïde cicatricielle sur le bras droit.

Dans ce cas, il faut signaler, comme un fait particulièrement rare, l'apparition précoce d'une kéloïde cicatricielle avant la puberté, et, en outre, une disposition évidente aux kéloïdes.

Des fragments de kéloïde mis dans l'alcool absolu, immédiatement après leur excision, permettaient de reconnaître les points suivants: 1° la masse kéloïdienne proprement dite, qui se détachait par une coloration blanc clair, semblable à celle des tendons, se trouvait dans le chorion et était complètement circonscrite; 2° le corps papillaire normal, séparé par une traînée de tissu sain de la tumeur, était intact au-dessus d'elle.

Après avoir décrit les données fournies par l'examen microscopique, Schütz résume dans les conclusions suivantes les résultats de ses recherches :

1º La caractéristique de la kéloïde est en première ligne clinique, et n'est qu'en seconde ligne anatomo-pathologique;

2º Cliniquement, il faut signaler la disposition particulière, individuelle, souvent aussi héréditaire, de nature encore inconnue, qui détermine la naissance de kéloïdes, notamment en des points de prédilection, et les récidives après leur extirpation;

3° Cette disposition et cette tendance aux récidives la distinguent nettement de l'hypertrophie cicatricielle qui survient accidentellement ou dans des conditions déterminées, qu'il est souvent possible de combattre facilement et d'une manière durable ;

4º C'est par les mêmes motifs que la kéloïde est différente des fibromes ordinaires:

5° Au point de vue anatomo-pathologique, la kéloïde se distingue essentiellement par la structure régulière des fibres de tissu conjonctif, suivant le trajet des vaisseaux, d'avec le tissu d'une cicatrice qui succède à une perte de substance;

6° Par contre, la différence entre la kéloïde « vraie » et la « pseudo » kéloïde est sans importance et même, au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut pas l'établir avec certitude pour la kéloïde vraie. Spécialement, l'intégrité du corps papillaire, qui n'a le plus souvent été constatée par les auteurs que sur une petite partie de la tumeur, ne prouve pas qu'il n'y ait pas eu de traumatisme ; il a pu échapper à l'observation, en raison de son peu d'importance, ou bien avoir lieu sous l'épiderme. Analogie : développement subit de sarcomes après un choc sans plaie extérieure;

7º Le point de départ de la kéloïde est le chorion;

8º Même dans la kéloïde cicatricielle, la caractéristique c'est l'extension bien au delà du point lésé, en opposition à ce qui se passe dans la cicatrice

hypertrophique;

9º Il n'est pas démontré, par exemple, dans notre cas, et il n'est en général pas vraisemblable, que cette extension procède d'une altération des vaisseaux qui s'étendrait loin dans le tissu sain, mais il faut admettre une disposition générale qui se traduit souvent même d'une manière multiple et symétrique sur les régions les plus différentes du corps;

10º Dans la kéloïde, toute intervention chirurgicale est par conséquent

contre indiquée;

11º Dans la kéloïde, ainsi que dans le tissu de cicatrice, les fibres élastiques manquent complètement pour la différenciation des tumeurs (carcinome épithélial, sarcome et fibrome), dans lesquelles on peut reconnaître çà et là dans le tissu de la tumeur des fibres élastiques isolées;

12º La kéloïde n'est pas une hyperplasie du tissu conjonctif régulier,

parce que, dans cette affection, il manque une partie importante de la substance fondamentale, les fibres élastiques;

13º La structure histologique de la kéloïde ne correspond pas à celle des néoplasmes inflammatoires, notamment de nature infectieuse (lupus, lèpre, syphilis).

14º On ne connaît pas les causes de l'arrêt spontané de l'expansion locale de la kéloïde.

Voici donc quel serait pour l'auteur la définition de la kéloïde : elle consiste en un développement hyperplasique d'un tissu de cicatrice le long des vaisseaux de la peau, procédant d'une disposition inconnue, partant du chorion, avec ou sans lésion appréciable antérieure, développement qui, dans son expansion, se termine toujours spontanément, mais possède une grande tendance à récidiver localement.

A. Doyon.

Kératodermie. — A. Breda. Contributo alle cheratodermie. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, juin 1894, p. 193.)

Breda rapporte deux observations de nævus linéaire verruqueux, une observation d'hyperkératose de la lèvre inférieure, une d'hyperkératose linguale, deux de kératodermie généralisée eczématoïde, et tire de ces observations les conclusions suivantes:

Les nævi vasculaires très étendus ne correspondent ni aux territoires nerveux, ni aux territoires vasculaires, ni aux lignes de Voigt, et, quoiqu'ils ne soient pas prurigineux, s'accompagnent d'infiltration inflammatoire.

Dans les hyperkératoses de la lèvre et de la langue, les couches de cellules épithéliales granuleuses, qui ne sont pas appréciables normalement, deviennent manifestes.

Il y a une dermatose prurigineuse, subaiguë, sèche, très diffuse, eczématoïde, qui doit être considérée comme une kératodermie diffuse, avec hyperkératose non folliculaire.

On voit parfois réunies chez un même sujet deux formes rares de kératodermie, l'une qui rappelle l'érythème kératoïde de Brooke et la kératodermie symétrique de Besnier, l'autre qui appartient à la parakératose scutulaire de Unna; la première se différenciant de l'érythème kératoïde et de la kératodermie symétrique par sa marche et son aspect, la seconde se distinguant de la parakératose scutulaire par l'intégrité des follicules.

GEORGES THIBIERGE.

Lentigo sénile. — Bayer. Lentigo infectieux des vieillards. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, 15 septembre 1894, p. 581.)

Femme de 55 ans, présentant depuis quinze ans, sur la joue gauche, une tache noire de la grosseur d'une tête d'épingle, qui, au bout de quatre ans, avait atteint la dimension d'une lentille. Il y a cinq ou six ans, la tache se mit brusquement à grandir et de nouvelles taches apparurent autour.

Actuellement, cinq taches fortement pigmentées, dont la plus grande mesure 1 centim. de diamètre, est noire comme de l'encre et a des contours irréguliers; au pourtour, zone bleuâtre, dont la coloration rappelle celle des tatouages professionnels des mineurs. Autour de cette plaque principale, taches satellites irrégulièrement rangées, dont les plus récentes ont une coloration brune qui s'épanouit à mesure que la tache augmente de diamètre. Sur les plaques pigmentées, le duvet subsiste. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Georges Thibierge.

Lymphémie et maladies de la peau. — Wassermann. Lymphaemie und Hauterkrankungen. (Dermatologische Zeitschrift, 1894, t. I, p. 489.)

Les dermatoses que l'on observe au cours d'une pseudo-leucémie sont très différentes, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue de leur aspect. On peut les diviser en deux groupes pour lesquels l'auteur proposerait le nom d'affections typiques et d'affections atypiques.

Parmi les affections typiques de la peau dans l'anémie lymphatique il faut ranger les cas dans lesquels il se développe sur le tégument externe des néoplasmes, des nodosités de même structure anatomique que les glandes hyperplasiques ou nodosités lymphatiques des organes internes.

Il y a lieu alors de regarder la maladie de la peau comme une manifestation partielle et similaire de la maladie générale affectant l'organisme entier. La lymphodermie pernicieuse de Kaposi et la lymphodermie de la peau des auteurs français appartiennent à cette catégorie.

D'autre part, on a décrit dans un certain nombre de cas d'anémie lymphatique des dermatoses ne présentant pas ces nodosités lymphatiques caractéristiques, cas atypiques. Ainsi Wagner a observé une éruption semblable au prurigo; v. Recklinghausen, des éruptions analogues au lichen; Westphal, de l'eczéma; Peter, une affection de la peau ressemblant au pityriasis rubra. Ce qu'il y a de remarquable c'est la grande fréquence, dans cette maladie relativement rare, d'affections étendues de la peau dont la marche coïncide avec l'amélioration ou l'aggravation de la maladie générale.

Voici le résumé d'un cas que l'auteur a eu l'occasion d'observer à l'Institut pour les maladies infectieuses :

Il s'agit d'une malade de 30 ans, en traitement depuis un an à la Charité. Le 2 avril, cette malade fut envoyée à l'Institut parce que, depuis quinze jours, elle avait une fièvre intense et de la diarrhée. Mais, ce qu'il y avait de plus frappant chez cette malade, c'était une très forte altération de la peau, surtout de la face et des membres. La peau était pâle et jaunâtre ; en même temps l'épiderme se desquamait sous forme de grandes lamelles. En certains points, notamment sur la face et les jambes, la peau était fortement rétractée et atrophiée, brillante, très adhérente aux tissus sous-jacents et donnait au toucher la sensation du parchemin. En ces points il y avait des fissures transversales, rouges de l'épiderme, d'environ un demi-centimètre de large, analogues aux vergetures de la grossesse.

L'anamnèse donnait les renseignements suivants : père goutteux, mère

bien portante. Un frère est mort de leucémie, l'autre de phtisie, il y a quelques années. Étant enfant, cette malade a eu une pleurésie et un catarrhe pulmonaire. Jamais d'engorgements ganglionnaires, ni d'affections des os ou des articulations. Il y a trois mois, elle s'aperçut que la peau de la face desquamait légèrement. Pas de prurit. Ni la rate, ni le foie ne sont hypertrophiés.

Quelques râles dans le poumon gauche.

Ni sucre, ni albumine.

La malade eut ensuite d'une manière constante une fièvre irrégulière avec température variant de 37 à 40°. La prostration alla toujours en augmentant et il survint de l'assoupissement. La maladie de la peau s'étendit aux régions épargnées jusque-là, au thorax et à l'abdomen. L'état de la malade s'aggrava de plus en plus, hémorrhagie intestinale, et elle succomba le 26 avril.

Le diagnostic de ce cas est resté longtemps obscur.

Au microscope, le sang présentait les signes d'une anémie grave, reconnaissable à une poikilocytose et à la présence de rares normoblastes et de

mégaloblastes isolés.

Par contre, il y avait une très forte proportion de lymphocytes parmi les corpuscules blancs du sang, qui étaient en somme un peu plus nombreux qu'à l'état normal, en opposition avec ce que l'on trouve habituellement, car, dans la leucocytose ordinaire, ce sont les éléments polynucléaires qui sont surtout augmentés de nombre. Le professeur Ehrlich a autorisé l'auteur à dire qu'il avait observé, dans une série de cas de ce genre, une augmentation absolue des lymphocytes, contrairement à ce que l'on admet d'ordinaire que les corpuscules blancs du sang ne seraient pas modifiés dans la pseudo-leucémie.

Il en résulterait qu'il est possible d'établir le diagnostic de la pseudo-

leucémie par l'examen du sang.

L'autopsie a confirmé cette manière de voir. Il y avait une vieille cicatrice tuberculeuse au sommet du poumon gauche. Les ganglions rétropéritonéaux étaient engorgés et formaient un paquet de la grosseur du poing. Sur un point du duodénum, il y avait une ulcération irrégulière, de couleur hémorrhagique.

Pas d'autres symptômes dans aucun organe, la rate avait une grosseur

et une texture normales.

A l'examen microscopique des tumeurs ganglionnaires, on ne trouva ni bacilles tuberculeux ni cellules géantes. Le tissu présentait le tableau de l'hyperplasie lymphatique; en quelques points les cellules étaient en dégénérescence graisseuse. Des fragments de peau, pris sur les régions les plus différentes, présentaient une desquamation épidermique et une forte atrophie du réseau. Dans les points où il y avait des fissures de l'épiderme, on constatait une ectasie considérable des vaisseaux. Le sang trouvé dans ces vaisseaux ne contenait presque que des lymphocytes dans ses corpuscules blancs. Il n'y avait pas de lymphome proprement dit dans la peau.

On ne saurait se prononcer encore d'une manière définitive sur la question de savoir s'il existe un rapport entre la dermatose et la maladie générale, qu'elle est la nature de ce rapport et laquelle des deux doit être regardée comme la lésion primaire.

L'examen du sang permet d'établir beaucoup plus tôt le diagnostic des lymphomes malins. En présence de ces dermatoses pseudo-leucocytémiques atypiques, à marche pernicieuse, dans lesquelles l'état général fait soupçonner l'existence de lymphomes malins, il importera donc, avant tout, d'observer avec persistance la composition du sang. Cette question présente le plus grand intérêt, non seulement au point de vue scientifique mais aussi au point de vue thérapeutique, car on sait qu'un traitement arsenical approprié, donne précisément de bons résultats dans le lymphome malin.

A. Doyon.

Traitement du mélanome. — Lassar. Zur Therapie des Melanom. (Dermatologische Zeitschrift, 1894, t. I, p. 583.)

L'évolution des mélanomes est connue. Ils peuvent rester stationnaires pendant plusieurs années et se développer ensuite brusquement et déterminer des métastases en proportion si considérable qu'on n'en observe pas de semblables pour d'autres espèces de tumeur. Ainsi Schulten extirpa une tache pigmentaire qui, depuis quatre ans, existait à l'avant-bras, et immédiatement après de nombreuses nodosités se développèrent sur tout le corps. Litten a trouvé une mélano-sarcomatose du foie, qui s'étendait dans le petit bassin et était survenue à la suite de l'énucléation d'un sarcome de la choroïde.

Il existe, il est vrai, d'autres faits plus favorables. Sur 14 cas de mélanosarcomes opérés à la clinique chirurgicale de Leipzig, de 1880 à 1886, dans trois il n'était pas survenu de récidive après un intervalle de quatre ans et demi à cinq ans et demi. Il faut baser le pronostic surtout d'après la nature de la tumeur. Les mélano-sarcomes, plus exactement les mélano-cancroïdes, présentent à priori un moindre danger pour la production rapide de métastases, tandis que les sarcomes y ont de la tendance. Aussi les cas de généralisation concernent principalement, sinon exclusivement, des tumeurs à cellules rondes ou fusiformes. Si donc l'examen microscopique préliminaire fait reconnaître un épithéliome plat, l'opération sera moins dangereuse que si le mélanome présente une structure sarcomateuse. Au point de vue pratique, la distinction a rarement de l'importance, parce que, à côté de formes mixtes observées très exceptionnellement (et pour quelquesunes il s'agissait probablement de sarcomes alvéolaires), le nombre des sarcomes l'emporte de beaucoup et on n'observe d'ordinaire les cancroïdes que d'une manière isolée.

L'auteur décrit ensuite le cas suivant. — Une femme bien portante jusquelà remarque vers sa trentième année, dans l'été de 1893, une papule de la dimension de celles du lichen, au-dessous du sein droit, en un point où la tige du corset avait frotté sur un nævus pigmentaire existant depuis longtemps. En même temps, le nævus commença à s'étendre à la périphérie. Le petit nodule aurait été alors enlevé par un médecin à l'aide du galvanocautère. A la suite de l'opération, il survint une nouvelle prolifération du néoplasme; au mois d'octobre, quand l'auteur vit la malade, il avait atteint la grosseur d'une cerise. Sa surface était mamelonnée, rouge foncé, avec des taches noires. La malade refusa toute intervention chirurgicale et même de laisser enlever un fragment de la tumeur. On se borna à porter le diagnostic de mélanose, laissant indécise la question de savoir s'il s'agissait d'un sarcome ou d'un épithéliome. Macroscopiquement, la structure verruqueuse de la petite tumeur indiquait plutôt un épithéliome, et la marche ultérieure de la maladie paraît confirmer cette appréciation.

L'auteur, dans ces conditions, eut alors recours au traitement arsenical et prescrivit la liqueur de Fowler. La régression commença dès les trois premières semaines. La malade prit trois fois chaque jour cinq gouttes de la solution habituelle:

Solution d'arséniate de potasse...... parties égales.

Quand la tumeur mélanique fut réduite à la moitié de son volume, cette femme quitta la policlinique et ne revint qu'en février. La tumeur s'était de nouveau développée dans l'intervalle. La médication arsénicale détermina une nouvelle régression; il en fut de même à la suite d'un second voyage. Enfin la cure fut reprise au mois d'avril et, sous l'influence du traitement, la tumeur a complètement disparu depuis, et sans laisser de traces. Le nævus pigmentaire a persisté et même s'est un peu élargi en laissant au centre une tache blanche.

A. Doyon.

Nodosités cutanées. — Hobbs. Note sur un cas de nodosités cutanées avec migraine concomitante apparaissant à chaque époque menstruelle chez une arthritique. (Archives cliniques de Bordeaux, 1894, nº 8, p. 380.)

Femme de 49 ans, ayant depuis près de quinze ans des migraines très douloureuses, survenant périodiquement à chaque époque menstruelle et durant trois jours; il y a onze ans, pour la première fois, apparition d'une grosseur de 3 centim. de long sur 1 de large à la région frontale gauche, coıncidant avec l'accès de migraine et disparaissant avec lui; aux accès suivants, cette grosseur reparut accompagnée de plusieurs autres dans le cuir chevelu ou en différents points du membre supérieur droit, du thorax; rhumatisme progressif à forme noueuse de la main droite, début de l'aponévrose palmaire de ce côté.

Georges Thibierge.

Plique. — Méneau. Considérations sur la plique. (Archives cliniques de Bordeaux, 1894, n° 3, p. 113.)

L'auteur passe en revue, dans ce travail, les opinions émises sur la plique et les observations les plus récentes publiées sur ce sujet. Il conclut des faits connus que l'opinion de Hebra, qui regardait tous les cas de plique comme dus à la malpropreté et à l'absence de soins, est trop exclusive. Un certain nombre de cas de plique se montrent chez des sujets soigneux; il s'agit alors de névropathes, parfois d'hystériques avérés, chez lesquels la plique se développe à la suite d'émotions morales ou de troubles

a

nerveux divers; à l'examen direct des cheveux, on leur trouve les caractères de la trichorrhexie noueuse. Aussi l'auteur tend-il à faire de la plique la conséquence d'un trouble trophique des cheveux, rentrant dans la série des altérations trophiques aboutissant à la trichorrhexie et à la pelade trophoneurotique. Georges Thibierge.

Streptocoque. - Achard. Infection streptococcique apyrétique : purpura et péritonite latente. (Médecine moderne, 28 novembre 1894, p. 1477.)

Femme de 28 ans, probablement syphilitique, présentant de l'œdème des jambes ; insuffisance aortique avec rétrécissement. Le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, il survient une éruption de purpura occupant le cuir chevelu, une grande partie du front, les deux joues, la région sus-hyoïdienne, le tronc, surtout dans ses parties postérieure et supérieure, les membres supérieurs et la racine des cuisses. Les jours suivants, de nouvelles taches prurigineuses se développent en même temps que les premières s'effacent ; expectoration sanguinolente. La malade meurt subitement dans un effort de déglutition, quatre jours après le début du purpura, sans que sa température ait dépassé 37°.

A l'autopsie, infarctus dans le poumon droit, végétation en chou-fleur au niveau de l'orifice aortique, péritonite avec exsudat séro-purulent, streptocoque dans le sang extrait du cœur trois heures après la mort; staphylocoque blanc et coli-bacille dans le pus du péritoine; amas microbiens dans les vaisseaux dermiques au voisinage des taches de purpura.

GEORGES THIBIERGE.

Streptocoque. — G. Volterra. — Gangrena parziale del prepuzioe della guaina della verga da streptococco. (Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie, septembre 1894, p. 212.)

Homme de 23 ans, pris, le lendemain d'une tentative de rapprochement sexuel, de frisson, fièvre, céphalée intense, gonflement et douleur de la verge. Le jour suivant, l'état général et l'état local s'aggravent; le prépuce est ædématié, rouge, très douloureux, température élevée, délire. Le troisième jour, on pratique la circoncision, et on trouve une plaque de gangrène sur le fourreau de la verge. Guérison.

L'examen microscopique et les cultures montrent la présence d'un streptocoque pathogène pour le lapin. GEORGES THIBIERGE.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Recueil de faits. — Neuhaus. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1894, t. XVIII, p. 267.)

1º Corps étranger dans l'urèthre. - Il s'agit d'un garçon de 16 ans. Deux jours avant de venir consulter l'auteur, il avait eu des rapports avec une fille publique qui, pendant son sommeil, lui avait introduit un crayon dans l'urèthre. Le malade nia absolument se l'être introduit lui-même. Le crayon, dont le toucher révélait la présence dans la portion postérieure de la partie antérieure de l'urèthre, fut extrait par une petite incision du canal. Ce crayon avait 5 centimètres trois quarts de long et 2 centim. 8 de circonférence.

2º Gangrène spontanée du gland. — Ce cas concerne un enfant de 6 mois. Le gland était brun noirâtre, sec; dans le sillon coronaire, il était séparé par un léger liseré inflammatoire de l'autre portion du pénis. L'étiologie resta obscure. La guérison fut relativement rapide après qu'on eut enlevé les parties gangrenées.

e

e

r

į

-

r

e

0

ıt

le

n

3º Uréthrite membraneuse artificielle. — L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas chez un homme de 30 ans, dans les conditions suivantes:

Ce malade, atteint de blennorrhagie depuis un an, avait consulté, trois jours auparavant, un chirurgien connu qui lui avait fait une injection et lui avait donné une ordonnance pour continuer le même traitement : solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100. Malgré des douleurs terribles, un écoulement abondant et une perte de sang, il avait fait lui-même encore une deuxième injection. Le deuxième jour, il avait très peu uriné et le troisième, il avait eu une fièvre intense, accompagnée de perte de connaissance. Dans l'urine, il existait, outre de nombreux filaments, une peau mince, déjà nécrosée, de 5 centim. de long; quelques petits fragments semblables à des tubes. Au microscope, de l'épithélium pavimenteux, des corpuscules de pus et de sang. En outre, dans l'urine, des cylindres hyalins et granuleux. La proportion d'albumine était très considérable : la quantité d'urine ne dépassait pas 150 centim, cube. La guérison eut lieu sous l'influence seule du régime lacté et de l'eau de Seltz. Par contre, l'écoulement cessa et le malade fut guéri de sa blennor-A. Doyon. rhagie.

Gangrène du pénis. — Quattro-Ciocchi. Gangrena totale della guaina peniene; autoplastica. (Riforma medica, 1894, nº 70, p. 830.)

Homme de 37 ans, atteint de chancres mous du sillon balano-préputial avec phimosis inflammatoire survenus après des rapports sexuels avec une femme atteinte d'une maladie vénérienne; trois jours après ces rapports sexuels, on constatait déjà une plaque gangréneuse rouge bleuâtre sur la portion dorsale du gland; le lendemain, ulcération de la largeur d'une pièce de deux centimes, à ce niveau; le jour suivant, on pratique la circoncision et on cautérise les ulcérations qui ont pris l'aspect phagédénique. Au bout de six jours après l'opération, on voit apparaître sur le dos de la verge des plaques de nécrose et la gaine du pénis s'œdématie; on cautérise au paquelin et on panse au chlorure de chaux; le processus nécrotique envahit la peau de la verge dans toute sa circonférence et dans presque toute son étendue sauf une portion de sa face inférieure.

Les lésions s'arrêtent sous l'influence d'une nouvelle cautérisation; mais il devint nécessaire de faire une autoplastie au moyen des téguments

du scrotum, opération qui fut suivie d'un succès complet avec intégrité des fonctions de l'organe.

L'examen bactériologique des sécrétions des ulcérations montra la présence des microcoques ordinaires de la supppuration sans bactéries spéciales. L'auteur croit que cette gangrène envahissante doit être mise sur le compte d'une thrombose de l'artère dorsale du pénis.

GEORGES THIBIERGE.

Chancre simple du thorax. — Isatschik. Localisation rare du chancre mou. (Rousskaïa Medicina, 1894, nº 31.)

Un malade de 26 ans s'est adressé à l'auteur pour des douleurs du côté gauche du thorax. A l'examen, on constata sur la partie inférieure de la moitié gauche de la paroi thoracique un ulcère mesurant 8 centim. de largeur sur 4 centim. 5 de hauteur, à bords décollés, entourés d'une zone inflammatoire, à fond granuleux. Quelques ulcérations semblables sur la verge, au voisinage du gland.

Les ulcérations du gland se sont montrées trois jours après un coît et datent de quinze jours. Quatre jours après l'apparition des premières ulcérations survint l'ulcère de la paroi thoracique, dû probablement au transport du virus chancreux par le malade lui-même.

S. Broïdo.

Bacille du chancre simple. — P. Colombini. — Nuove ricerche sperimentali sullo strepto-bacillo dell'ulcera venerea. (Broch. in 8º de 82 pages. Sienne, 1894.)

Colombini a repris sur une large échelle l'étude du bacille du chancre simple. Il arrive, au sujet de ce bacille et de sa morphologie, à des conclusions identiques à celles de Ducrey et de Nicolle; il n'a jamais pu le cultiver sur aucun milieu; dans une série de vingt expériences sur le cobaye, le lapin, le chien, le chat et la souris, il n'a pu, ni par l'inoculation sur la peau, ni par l'injection sous-cutanée de pus renfermant le bacille de Ducrey, déterminer aucune réaction locale ou générale. De la comparaison du bacille de Ducrey et du strepto-bacille de Unna, il conclut que ces deux micro-organismes sont identiques, que leur habitat différent (pus pour le bacille de Ducrey, parois du chancre pour le strepto-bacille de Unna), et les méthodes différentes de coloration sont les seules raisons des légères différences constatées dans leur morphologie.

Georges Thibierge.

Bubons. — M. Eliasberg. Anatomie pathologique des bubons. (Thèse de Dorpat, 1894.)

Des huit malades dont l'auteur a examiné les ganglions inguinaux sur des coupes, trois avaient le chancre mou et en même temps la blennorrhagie. Il a trouvé deux ordres de lésions ganglionnaires : 1) des lésions inflammatoires, diapédèse des globules blancs et rouges, exsudation de sérosité dans les tissus voisins, etc.; 2) et des lésions dégénératives, dissémi-

nées çà et là sur différents points du ganglion. On pouvait constater tous les degrés de dégénérescence jusqu'au ramollissement complet; ces phénomènes étaient surtout marqués au centre des foyers; à la périphérie, ils se continuaient insensiblement avec le tissu sain, sans en être séparés par une zone inflammatoire. Il n'y avait aucun rapport entre l'intensité des phénomènes inflammatoires et le degré des lésions de dégénérescence ; parfois il y avait une dégénérescence complète sans qu'il y ait même une hyperémie ni diapédèse des globules sanguins. Jamais M. Eliasberg n'a trouvé de la suppuration et ses agents ordinaires : le strepto et staphylocoque.

D'après l'auteur, la pathogénie des bubons serait la suivante : les globules blancs engloberaient les bacilles du chancre mou et les toxines qu'ils sécrètent. Ces globules meurent et sont entraînés par la lymphe jusqu'aux ganglions inguinaux. Là, les globules se décomposent; les toxines qu'ils contiennent sont mises en liberté, subissent à leur tour une métamorphose chimique, et provoquent la modification des tissus. M. Eliasberg cite comme preuve la guérison spontanée fréquente des bubons qui ont déjà atteint un grand développement. Si les toxines étaient dissoutes dès leur entrée dans les ganglions, elles auraient produit d'abord les lésions des vaisseaux afférents. En réalité, les lymphangites du chancre mou sont rares, et ne se produisent probablement que quand les globules blancs se décomposent dans les vaisseaux mêmes, avant leur arrivée aux ganglions. Grâce à la résistance des parois vasculaires, les toxines y provoquent non pas une dégénérescence, mais une inflammation. En plus, une substance dissoute aurait provoqué une lésion du ganglion tout entier et non pas des départements isolés. Contre l'idée d'un seul et même agent pathogène (bacille de Ducrey) du chancre et du bubon parlent les différences histologiques des deux processus, l'absence des bâtonnets dans les ganglions atteints, les résultats négatifs des inoculations des bubons aux animaux. M. Eliasberg conclut que les bubons sont provoqués non pas par les micro-organismes eux-mêmes du chancre mou, mais par les produits vitaux de ces micro-organismes, produits qui sont transportés par les globules blancs du sang. S. BROÏDO.

Traitement des bubons. — A. Rondelli. Alcuni tentativi di cura dei buboni non suppurati con iniezioni intraglandolari di olio di trementina. (Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, avril 1894, p. 285.)

Giovannini a eu l'idée de provoquer la suppuration des bubons vénériens de longue durée pour hâter leur guérison. Sous sa direction, Rondelli a employé ce mode de traitement dans 7 cas (6 bubons chancrelleux, 1 bubon d'origine blennorrhagique). Il suffit généralement d'une injection de 1 centim. cube d'huile de térébenthine dans chaque ganglion: cette injection provoque une douleur lancinante assez vive, généralement localisée à la glande, qui augmente graduellement pendant une heure, et se calme au bout de dix-huit à vingt-quatre heures. La température oscille le premier et le deuxième jour entre 38°,2 et 39°,5, et la fièvre se prolonge

rarement plus de trois à quatre jours. La suppuration commence au bout de deux jours, et est ordinairement complète au bout de quatre à huit jours; le pus est abondant, crémeux, sanguinolent, d'odeur fortement résineuse La cicatrisation est complète au bout d'un à deux mois.

GEORGES THIBIERGE.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancres extra-génitaux. — Petrini (de Galatz). Quelques mots sur les chancres extra-génitaux. (Presse médicale roumaine. Édition française, 25 octobre et 25 novembre 1894, p. 1 et 17.)

Petrini rapporte trois observations de chancres extra-génitaux (pouce, lèvre inférieure, bouche) suivis de manifestations syphilitiques graves. Il insiste sur l'intensité et la gravité des syphilis consécutives aux chancres extra-génitaux et l'attribue à la richesse des parties supérieures du corps en vaisseaux lymphatiques, d'où l'absorption plus rapide et plus considérable du virus, lequel atteint plus rapidement les centres nerveux, dont le fonctionnement est altéré, ce qui diminue la résistance de l'organisme.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilides suivies de chéloïdes. — G. Peroni et R. Bovero. — Esantema sifilitico con cicatrizzazioni cheloidee. (Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, décembre 1894, p. 607.)

Homme de 25 ans, atteint de chancre de la verge au mois de mars; en novembre, on constate sur les membres des cicatrices pigmentaires de dimensions variées, correspondant à des lésions syphilitiques; sur le tronc, des cicatrices analogues, dont quelques-unes, particulièrement les plus étendues, sont constituées par de petites tumeurs saillantes, de coloration rouge livide, irrégulièrement circulaires ou en forme de traînées sinueuses atteignant jusqu'à 3 centimètres. Outre ces chéloïdes, qui ont évidemment succédé à des lésions syphilitiques, il existe sur le thorax, au niveau de l'appendice xiphoïde, une chéloïde cicatricielle, d'un rose blanchâtre, longue de 2 centimètres, à digitations latérales typiques, consécutive à une petite plaie par instrument tranchant, survenue en février, et trois autres petites chéloïdes cicatricielles, dues à la même origine, mais moins typiques, sur le tronc.

Syphilide acnéique. — G. Burlando. Acne semplice sifilitico studiato nei rapporti colla sepsi. (Il Morgagni, avril 1894, p. 197.)

L'auteur rapporte douze observations, recueillies à la Clinique de Campana, de syphilides pustuleuses. Il distingue deux variétés de syphilides acnéiques, l'acné folliculaire (lichen syphilitique des auteurs) et l'acné simple ou acné glandulaire : cette dernière, qu'il étudie plus spécialement, est caractérisée par le développement de petites pustules correspondant

aux follicules pilaires et aux glandes sébacées; la dessication des pustules donne lieu à la formation d'une croûte dont la chute est suivie de la production d'une petite cicatrice; les pustules, qui siègent le plus souvent sur le cuir chevelu, le côté de l'extension des membres et le visage, peuvent présenter des aspects variables qui ont été décrits sous les noms d'herpès syphilitique, d'eczéma syphilitique, d'acné folliculaire, de varicelle syphilitique, de syphilitique, de

Le contenu des pustules a été examiné dans un des cas rapportés par l'auteur, qui y a constaté la présence du staphylocoque blanc; la culture de ce micro-organisme a déterminé, à la suite de l'injection dans la cavité

abdominale d'un lapin, un abcès de la paroi sans péritonite.

De ce fait et d'autres dans lesquels Campana a constaté la présence du staphylocoque pyogène doré et blanc dans les pustules, Burlando conclut

que la syphilide acnéique est une lésion d'ordre septique.

S

la

en

de

le

es

0-

es

nt

au

se

sé-

et

ais

tu-

am .

des

cné

ent,

lant

Dans cette forme de syphilide, le traitement antisyphilitique est insuffisant à amener la disparition des accidents septiques : il faut lui adjoindre l'emploi des antiseptiques locaux, et parmi eux l'auteur recommande spécialement les bains de sublimé, aidés des soins de propreté et d'un pansement protecteur sur les parties malades.

Georges Thibleage.

Plaques muqueuses de la conjonctive. — A. Staelin. Syphilitische Schleimpapeln der Conjunctiva. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1895, t. XX, p. 20.)

L'auteur a examiné 200 malades atteints de syphilis secondaire; sur ce nombre 21, soit 10,5 p. 100, présentaient des plaques muqueuses de la conjonctive. Ces papules ont en général les mêmes caractères que celles des autres muqueuses, toutefois elles sont plus petites, leurs dimensions variant de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Leur siège de prédilection est le repli muqueux, la conjonctive de la paupière inférieure; les parties avoisinantes ne présentent jamais d'altérations essentielles. L'absence d'irritation de la conjonctive est sans doute la cause que les symptômes subjectifs sont très peu accusés et le plus souvent manquent même complètement.

Dans les cas où le diagnostic est douteux, le traitement peut seul trancher la question.

L'auteur donne ensuite une courte description des 21 cas qu'il a observés.

A. Doyon.

Syphilis de la langue. — Scarenzio. Tre casi di glossite gommosa sifilitica guariti mediante le iniezoni intra-muscolare di calomelano. (Gazzetta medica lombarda, 6 décembre 1894, p. 483.)

Scarenzio rapporte trois cas de lésions syphilitiques anciennes de la langue, dans lesquels des injections de 10 centigr. de calomel amenèrent une amélioration rapide, puis la guérison. Dès le quatrième jour dans un cas, le dixième dans un autre, l'amélioration était déjà appréciable. Aussi l'auteur insiste-t-il, non seulement sur la valeur thérapeutique de sa

méthode dans les lésions gommeuses, mais encore sur son importance comme procédé de diagnostic très rapide.

Georges Thiblerge.

Fracture spontanée de la clavicule. — W. Lewin. Sogenannte Spontanfractur des Schlusselbeins. (Berl. klin. Wochenschrift, 1894, p. 931.)

Ce cas concerne un homme de 52 ans. En voulant prendre son portefeuille de la main gauche dans la poche droite de son habit, ce malade ressentit de vives douleurs dans le bras gauche qu'il lui fut impossible de soulever. En l'examinant, on constata une fracture de la clavicule, entourée d'une tumeur rénitente et de la grosseur d'un œuf de poule. Ulcères serpigineux sur les membres, le front et le cuir chevelu. La cause de la fracture était évidemment ici une ostéite gommeuse. Celle-ci guérit en quinze jours sous l'influence d'un pansement approprié. Une cure de frictions et l'application d'un emplâtre hydrargyrique firent disparaître tous les autres accidents syphilitiques.

Trois ans plus tard, ce malade eut de nouveau des gommes près de l'articulation huméro-cubitale du côté gauche, sur l'articulation sterno-claviculaire et sur la bosse frontale du côté droit, avec céphalée, douleurs violentes dans la poitrine et le bras gauche. L'iodure de potassium et l'emploi d'emplâtres mercuriels amenèrent une guérison complète.

A. Doyon.

Syphilis de l'aorte. — G. Jona. Sopra una rara forma di aortite sifilitica. (Riforma medica, 1894, nº 167, p. 194.)

Homme de 33 ans, ayant eu la syphilis à 19 ans, atteint depuis trois ans de palpitations cardiaques, présentant les signes physiques d'une insuffisance aortique avec hypertrophie totale du cœur, insuffisance relative de la mitrale et de la tricuspide.

A l'autopsie, valvules aortiques un peu épaissies et plissées ; aorte élargie dans toute sa portion ascendante, présentant une largeur maxima de 96 millim.; sa surfâce est irrégulière, avec quelques taches de calcification et, sur une hauteur de 4 centim. à partir des valvules, 8 ou 9 petites dilatations sacciformes, du volume d'un petit pois à celui d'une petite aveline, communiquant largement avec la cavité du vaisseau.

A l'examen histologique, toutes les tuniques sont augmentées d'épaisseur, surtout la tunique moyenne ; petits foyers arrondis, péri-vasculaires, d'infiltration de petites cellules entre les faisceaux de la tunique externe et entre celle-ci et la tunique moyenne ; hyperplasie des éléments musculaires de la tunique moyenne et des éléments élastiques des tuniques externe et moyenne.

L'auteur, tout en reconnaissant la valeur des caractères anatomiques des aortites syphilitiques (siège des lésions à l'origine de l'aorte, multiplicité et forme des anévrysmes, nature sclérosante de la lésion et foyers d'infiltration cellulaire), caractères qui permettent d'en soupçonner l'origine, déclare que la démonstration ne peut être donnée que par l'existence d'antécédents syphilitiques avérés.

Georges Типневсе.

Kalindero et Babès. Sur l'anévrysme syphilitique de l'aorte. (Roumanie médicale, octobre 1894, p. 129.)

Kalindero et Babès rapportent deux observations de gommes de l'aorte. Ils décrivent, en dehors de l'anévrysme aortique dû à l'artérite syphilitique scléreuse, une forme d'anévrysme apparaissant chez des sujets jeunes, syphilitiques, n'ayant pas d'autres tares organiques et caractérisée par la présence de petites cavités sphériques, au voisinage de l'origine du vaisseau et due à la présence de gommes, lesquelles se ramollissent et constituent des points de moindre résistance; ces gommes peuvent ulcérer la tunique interne de l'aorte et s'infecter secondairement par les microbes de la suppuration; la tendance à la perforation donne une gravité particulière à cette forme d'anévrysme.

Georges Thererge.

Artérite syphilitique. — Kouskoff. Trombose syphilitique des branches de l'aorte abdominale. (Gaz. de Botkine, 1894, 48, p.1234.)

L'observation suivante, publiée par l'auteur, est très intéressante à plusieurs points de vue.

Un homme de 52 ans, ayant la blennorrhagie, mais niant la syphilis, est entré à l'hôpital pour une diarrhée rebelle et fréquente, durant déjà deux mois et s'accompagnant de ténesme; il mourut après quatre jours de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, on constata les lésions suivantes :

Dans la cavité abdominale environ 400 c.c. de liquide jaunâtre, contenant des pépins de fruits. Lésions de péritonite fibrino-suppurée. Le mésentère présente des cicatrices étoilées, analogues aux cicatrices syphilitiques. L'iléon est perforé en plusieurs endroits. La muqueuse de tout l'intestin est épaissie et infiltrée de sang ; c'est un infarctus diffus occupant toute l'étendue de la muqueuse. En même temps on y trouve un grand nombre d'ulcérations, à bords taillés à pic, parfois décollés, des perforations et des cicatrices syphilitiques anciennes.

Comme lésions d'autres viscères, il n'y a à signaler qu'une endomyocardite scléreuse. Mais dans les vaisseaux abdominaux on a constaté les faits suivants : l'endartère de l'aorte abdominale présentait une plaque d'athérome de 5,7 × 3,6 centim. Le centre de cette plaque correspondait à l'embouchure complètement oblitérée du tronc cœliaque; son extrémité inférieure sort de l'orifice infundibiliforme rétréci de l'artère mésentérique supérieure. A l'extrémité de cet infundibulum fait suite un orifice de 1,5 millim, de largeur et à celui-ci un thrombus ferme, par places

ramolli, d'un rouge grisâtre, adhérent fermement à la paroi du vaisseau.

A la partie initiale du tronc de la mésentérique inférieure se trouve un thrombus analogue, mais apparemment plus jeune.

Pour expliquer toutes ces lésions, l'auteur admet que, chez ce malade, syphilitique et ayant une myocardite, s'est d'abord produite une endartérite oblitérante du tronc cœliaque, par un processus lent, probablement syphilitique; la circulation collatérale a suppléé le tronc oblitéré. Puis, sous l'influence du même processus pathologique, s'est oblitérée la mésenté-

524

e

ŧ,

le

е,

В.

a

ei

-

e

S

et

e

e

a

S

e

e

.

S

S

é

rique supérieure mais le thrombus de la mésentérique inférieure ne s'est fait probablement que dans les derniers jours de la vie du malade, alors que la circulation collatérale était déjà bien établie. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de l'absence de nécrose du canal intestinal, de la rate et du foie, malgré l'oblitération complète de leurs vaisseaux nourriciers.

S. Broïdo.

Syphilis pulmonaire. — Schirren. Ueber Lungensyphilis. (Dermatol. Zeitschrift, 1894, t. I, p. 221.)

Après avoir donné l'histoire très détaillée d'un cas de syphilis pulmonaire chez une femme de 20 ans, indemne de syphilis héréditaire, mais contaminée par son mari, l'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes:

La syphilis pulmonaire peut survenir comme symptôme secondaire.

Elle peut aussi exister sans autres accidents syphilitiques comme maladie spéciale.

Les symptômes de la syphilis pulmonaire ne sont pas caractéristiques de la syphilis.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire se déduit de l'absence des bacilles tuberculeux, des antécédents, de la présence simultanée d'autres accidents syphilitiques, du succès du traitement spécifique. A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — Charrier et Klippel. Étude anatomo-pathologique et clinique des artérites cérébrales syphilitiques d'après plusieurs observations inédites. (Revue de médecine, septembre 1894, p. 771.)

Les auteurs rapportent trois observations d'artérite syphilitique cérébrale, dont une avec autopsie.

Au point de vue anatomique, ils décrivent quatre formes de cette lésion: 1º Artérite de voisinage; 2º syphilome artériel gommeux; 3º syphilome artériel scléreux; 4º artério-sclérose d'origine syphilitique.

Ils donnent cette dernière dénomination à des artérites reconnaissant pour cause évidente la syphilis, mais dans lesquelles l'examen anatomique, ne montrant que les lésions banales, ne permet pas de reconnaître la nature spécifique de la maladie vasculaire. L'origine syphilitique se révèle en pareil cas par l'àge du sujet qui n'est pas celui où s'observe en général l'artério-sclérose et par les antécédents ou les manifestations actuelles de syphilis; ces faits doivent être rapprochés des lésions d'origine syphilitique dans lesquelles l'examen histologique le plus minutieux ne révèle pas la moindre lésion à caractères spécifiques, tels sont le tabes et la paralysie générale.

Ces lésions peuvent aboutir à l'oblitération ou à la dilatation des vaisseaux atteints.

Cliniquement, les artérites syphilitiques cérébrales se révèlent par des symptômes variables.

Quand l'oblitération ou l'anévrysme siège sur une grosse artère de la

base, on observe l'apoplexie et la mort par thrombose du tronc basilaire ou hémorrhagie méningée.

Quand les artères lésées sont de moyen volume ou que l'oblitération est incomplète, on observe la forme hémiplégique grave parfois incurable.

Quand l'altération est peu étendue et frappe les petites artères, on observe la forme légère, c'est-à-dire l'aphasie syphilitique.

Quand la lésion porte sur l'ensemble du système artériel, on peut anatomiquement constater des lésions spécifiques et des lésions banales de périencéphalite diffuse. Cliniquement, ces lésions donnent d'abord naissance à des paralysies à forme hémiplégique analogues à celles observées dans les deux formes précédentes mais elles aboutissent à l'ensemble de troubles intellectuels, de désordres psychiques, qui est décrit sous le nom de paralysie générale, et il ne faut pas confondre cette dernière forme avec la pseudo-paralysie générale due à la présence de méningite en plaque de nature gommeuse.

Georges Thibierge.

M. Mouratoff. — Deux cas de syphilis cérébrale avec dégénérescence secondaire et troubles psychiques. (Medicinskoie Obosrenié, 1894, nº 17.)

Chez un de ces malades, les céphalalgies ont ouvert la scène; puis se montrèrent la cécité, la surdité, les modifications de la marche, l'incontinence des urines et des matières fécales, la parésie des membres inférieurs. Pendant le séjour du malade à l'hôpital se manifestèrent des troubles psychiques, le myosis, l'insensibilité des pupilles à la lumière. L'état du malade allait empirant. Bientôt survint une contracture des fléchisseurs du genou, des eschares, et la mort ne tarda pas à survenir.

Autopsie : Gomme syphilitique à la base de l'hémisphère droit ayant détruit le gyrus rectus, le lobule sus-orbitaire, les circonvolutions longitudinales interne, transverse et externe. Le volume de la tumeur était celui d'une pomme d'api. Autour il y avait de l'encéphalite réactionnelle. En arrière, on trouva une tumeur sanguine enkystée assez volumineuse.

D'après l'auteur, les troubles psychiques étaient en rapport avec la lésion du lobe frontal.

e

ıŧ

a

le

al

le

1e

la

ie

ġ-

88

la

Chez le second malade, on notait de l'apathie, de la faiblesse, du myosis, l'asymétrie de la face, faiblesse des membres supérieurs avec tremblement des doigts, l'absence des réflexes patellaires, démarche hésitante, l'atrophie de la papille du nerf optique, des troubles de la parole. En même temps le malade était artério-scléreux avec hypertrophie du cœur. Un an avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite consécutive. Cette paralysie n'a persisté que durant quelques semaines.

Le malade a traîné assez longtemps avec les lésions précitées et succomba dans le coma.

A l'autopsie, on trouva une gomme à la base du cerveau, occupant la première, la seconde et la troisième circonvolutions temporales gauches. A la partie postérieure du lobe pariétal et à la partie antérieure du lobe occipital, on trouva la cicatrice d'une gomme résorbée. On pouvait facilement

confondre ce cas pendant la vie avec la paralysie générale, mais la période d'excitation faisait défaut, de plus les troubles de la parole parlaient plutôt en faveur d'une lésion localisée.

S. Broïno.

Syphilis de la moelle. — P. Gamberini. L'atassia tabica locomotrice sifilitica. (Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1894, p. 5.)

Gamberini combat énergiquement la doctrine de l'origine syphilitique du tabes. Il rapporte deux observations de tabes précédant la syphilis, une autre de tabes évoluant en même temps que la syphilis.

Il pense que la syphilis peut produire des symptômes spinaux simulant le tabes et que la syphilis peut s'associer au tabes, mais est incapable de le produire à elle seule. Le traitement mercuriel et ioduré est sans effet sur l'ataxie développée chez un syphilitique. Le tabes peut s'associer à la syphilis, comme la tuberculose et d'autres dyscrasies peuvent s'associer à celle-ci. La syphilis peut-elle favoriser le tabes? Gamberini croit que toutes les causes capables de diminuer la résistance organique peuvent favoriser l'évolution du tabes, sans qu'il y ait de raisons de soutenir que la syphilis est une cause directe du tabes.

Georges Thibierge.

Tabes. — Giraudeau. Tabes bulbaire; ulcérations trophiques du nez et des oreilles. (*Presse médicale*, 27 octobre 1894, p. 341.)

Homme de 38 ans, présentant depuis six ans des troubles tabétiques (strabisme externe de l'œil droit, puis vertiges, crises gastriques, dysurie, abolition des réflexes). Depuis huit mois, ulcération de la narine droite, au niveau de sa jonction avec la lèvre supérieure, mesurant un centimètre et demi de surface, à fond rouge vif, à bords taillés à pic, sans aucun relief et se continuant sans transition avec la peau saine, semblant faite à l'emporte-pièce; en outre, sur les deux tiers postérieurs du lobule du nez, une ulcération présentant des caractères identiques; sur le reste de l'étendue du bord libre des narines, l'ulcération est remplacée par une érosion, véritable érassure qui semble n'intéresser que l'épiderme, n'empiétant ni sur la face externe du nez, ni dans la cavité nasale. Au niveau du pavillon de l'oreille, dans des points absolument symétriques, ulcération limitée à la partie supérieure de la conque, offrant les mêmes caractères que celle du pourtour du nez. Au niveau du cuir chevelu, de chaque côté de la ligne médiane et un peu en avant de la ligne passant par les deux conduits auditifs externes, deux cicatrices arrondies, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, qui ne sont peut-être que des lésions syphilitiques anciennes à la surface desquelles se sont développées des ulcérations trophiques. Ces diverses lésions ne sont pas douloureuses. Sensibilité à la douleur très émoussée, avec conservation des sensibilités au contact et à la chaleur, sur tout le visage, la face antérieure des pavillons auriculaires et la partie antérieure du cuir chevelu.

Les ulcérations ont résisté au traitement antisyphilitique (le malade avait eu un chancre induré, suivi de roséole et de plaques muqueuses, il y a dix-huit ans), et ne peuvent être considérées que comme des lésions trophiques.

Georges Triblerge.

Réflexes rotuliens dans la syphilis. — Marx. Untersuchungen über den Patellarreflex, insbesondere bei Lues. (Dermatologische Zeitschrift, 1894, p. 397.)

De ses recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes :

de

e

1e

nt

le

et

la

10

nt

1e

Z

e,

e

ef

)-

e

i-

r

e

a

u

e

S

e

S

)-

a

à

S

L'appareil de Hiller convient très bien pour les recherches de ce genre. Parmi les quatre variétés de réflexe rotulien indiqués par Betchterew, plusieurs se rencontrent fréquemment chez la même personne; ils ne se montrent pas d'une manière constante chez un seul et même individu.

Que le ligament prérotulien soit court ou recouvert de graisse, cela n'a aucune influence sur le réflexe.

La hauteur de la courbe normale chez l'homme est de 27° à droite et de 25° à gauche.

Chez la femme, la hauteur du réflexe est probablement plus grande, 30° environ. La menstruation semble augmenter la hauteur du réflexe.

La fatigue, dans le cours de la journée, diminue la hauteur du réflexe. L'alcoolisme diminue le réflexe d'une manière notable dans la période où on ne trouve encore aucun signe de névrite.

La syphilis récemment acquise augmente beaucoup le réflexe pendant le stade de l'existence isolée de la lésion primaire et les premiers jours de l'exanthème spécifique : à droite, 28°,2; à gauche, 30°.

A. Dovon.

Diabète syphilitique. — Pospeloff. Diabète insipide et myxœdème d'origine syphilitique. Traitement du myxœdème par la thyroïdine. (Med. Oboz., 1894, nº 16. Communication faite à la Société de syphiligraphie de Moscou.)

Dans son travail antérieur (1), l'auteur a communiqué l'observation d'un cas de myxœdème survenu chez un syphilitique; il a émis alors l'hypothèse qu'il y avait probablement sclérose d'origine syphilitique de la glande thyroïde; aussi pensait-il que l'amélioration qu'on pourrait dans ce cas obtenir par le traitement antisyphilitique ou par la thyroïdine, ne serait pas de longue durée. Ces prévisions se sont malheureusement réalisées. Une première fois, les phénomènes de myxœdème furent enrayés par l'ingestion de glande thyroïde crue: l'état œdémateux disparut, les pommettes se colorèrent pour la première fois depuis plusieurs années, le sentiment si intense et si pénible de froid disparut, l'état général fut très notablement amélioré.

Cette amélioration ne dura pas longtemps et bientôt tous les symptômes antérieurs reparurent, l'état psychique devint très mauvais, la température vespérale devint plus basse que celle du matin. La glande thyroïde supplémentaire, qui s'était développée au niveau du cartilage thyroïde et qui a complètement disparu, ou du moins est devenue imperceptible à la suite du traitement par ingestion de glande thyroïde, a de nouveau aug-

⁽¹⁾ Voir Annales de Syphiligr., 1894.

menté, sans toutefois présenter la même dureté que la première fois lorsqu'elle était le siège d'une gomme.

L'aggravation augmentant toujours et la glande thyroïde accessoire devenant très volumineuse, M. le professeur Pospeloff, d'accord avec le Dr Roth, prescrivit au malade la thyroïdine préparée par le Dr Walik d'après le procédé de White. On en administrait d'abord 20 centigr. par jour, pendant deux jours; puis, en augmentant la dose progressivement jusqu'à 1 gr. par jour, on arriva à des résultats assez satisfaisants, et la glande supplémentaire régressa.

La médication fut interrompue bientôt à cause de la diarrhée incoercible qu'elle provoqua, et, après une courte période d'état général satisfaisant, il y eut un retour offensif de tous les accidents. On recourut alors, de nouveau, à la thyroïdine en tablettes de Withe, puis, comme leur effet était peu marqué, aux tablettes préparées d'après le procédé de Nilsen, contenant chacune environ 10 centigr. de poudre de thyroïde; ce traitement a provoqué des crampes violentes dans les membres. Grâce à cette médication, l'urine augmenta, l'infiltration des tissus disparut et l'amélioration générale s'établit comme après l'emploi de glande crue; cet état persista après la suppression du traitement. Mais la soif intense et la sécheresse particulière de la bouche firent penser l'auteur au retour du

prescrivit les bains de Piatigorsk (Caucase).

Au point de vue de l'action comparative des diverses préparations de thyroïdine, l'auteur conclut que le maximum d'effet s'obtient avec la glande crue; viennent ensuite la thyroïdine préparée d'après le procédé de White et enfin celle de Howard. Mais étant donné la difficulté de se procurer la glande crue, surtout en été, l'auteur conseille de se servir de tablettes faites avec de la poudre de glande desséchée et préparée suivant le procédé de Nilsen.

S. Broïpo.

diabète insipide, et, comme le malade n'était plus depuis quelque temps au traitement antisyphilitique, on lui fit des injections de sublimé et on

ERRATUM

Dans le travail de MM. Leredde et Perrin, sous le titre : Étude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles, dans le nº d'avril, p. 369, lire, au lieu de : or, chez une malade de la salle Henri IV, nous avons évalué leur nombre à 2 p. 100...

Nous avons évalué leur nombre à 12 p. 100,

Le Gérant : G. MASSON.

is

re le ik ar nt

la

de et n, i-te

oat la lu ps

le le te la

la es le

9, ns